Göttinger Schriften zum Medizinrecht
Band 15



Gunnar Duttge,
Markus Zimmermann-Acklin (Hg.)

Gerecht sorgen

Verständigungsprozesse über den Einsatz knapper Ressourcen bei Patienten am Lebensende

Universitätsverlag Göttingen

Gunnar Duttge, Markus Zimmermann-Acklin (Hg.)
Gerecht sorgen



erschienen als Band 15 der Reihe „Göttinger Schriften zum Medizinrecht“
im Universitätsverlag Göttingen 2013

Gunnar Duttge,
Markus Zimmermann-Acklin (Hg.)

Gerecht sorgen – Verständigungsprozesse über den Einsatz knapper Ressourcen bei Patienten am Lebensende

Göttinger Schriften
zum Medizinrecht Band 15



Universitätsverlag Göttingen
2013

Bibliographische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliographie; detaillierte bibliographische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

Herausgeber der Reihe
Zentrum für Medizinrecht
Juristische Fakultät der Georg-August-Universität Göttingen
Geschäftsführender Direktor: Prof. Dr. Andreas Spickhoff

Die Veröffentlichung dieses Bandes erfolgte mit großzügiger Unterstützung des Lichtenberg-Kollegs Göttingen

Satz und Layout: Alice von Berg
Umschlaggestaltung: Kilian Klapp, Margo Bargheer

http://univerlag.uni-goettingen.de
ISBN: 978-3-86395-116-0
ISSN: 1864-2144

Inhaltsverzeichnis

MEDIZINETHIK

Vorwort

Viele Menschen sterben heute im hohen Alter und nach längerer chronischer Erkrankung. Aufgrund des medizinischen Fortschritts insbesondere im Bereich der modernen Intensivmedizin ist es möglich, menschliches Leben selbst unter sehr prekären Bedingungen zu erhalten, so dass schwierige Entscheidungen über den weiteren Therapieverlauf zu fällen sind. Wann dabei die „Indikation" aufgrund „Aussichtslosigkeit" („Sinnlosigkeit", größerem Schaden als Nutzen) wegfällt, bereitet in der klinischen Praxis häufig erhebliche Schwierigkeiten.

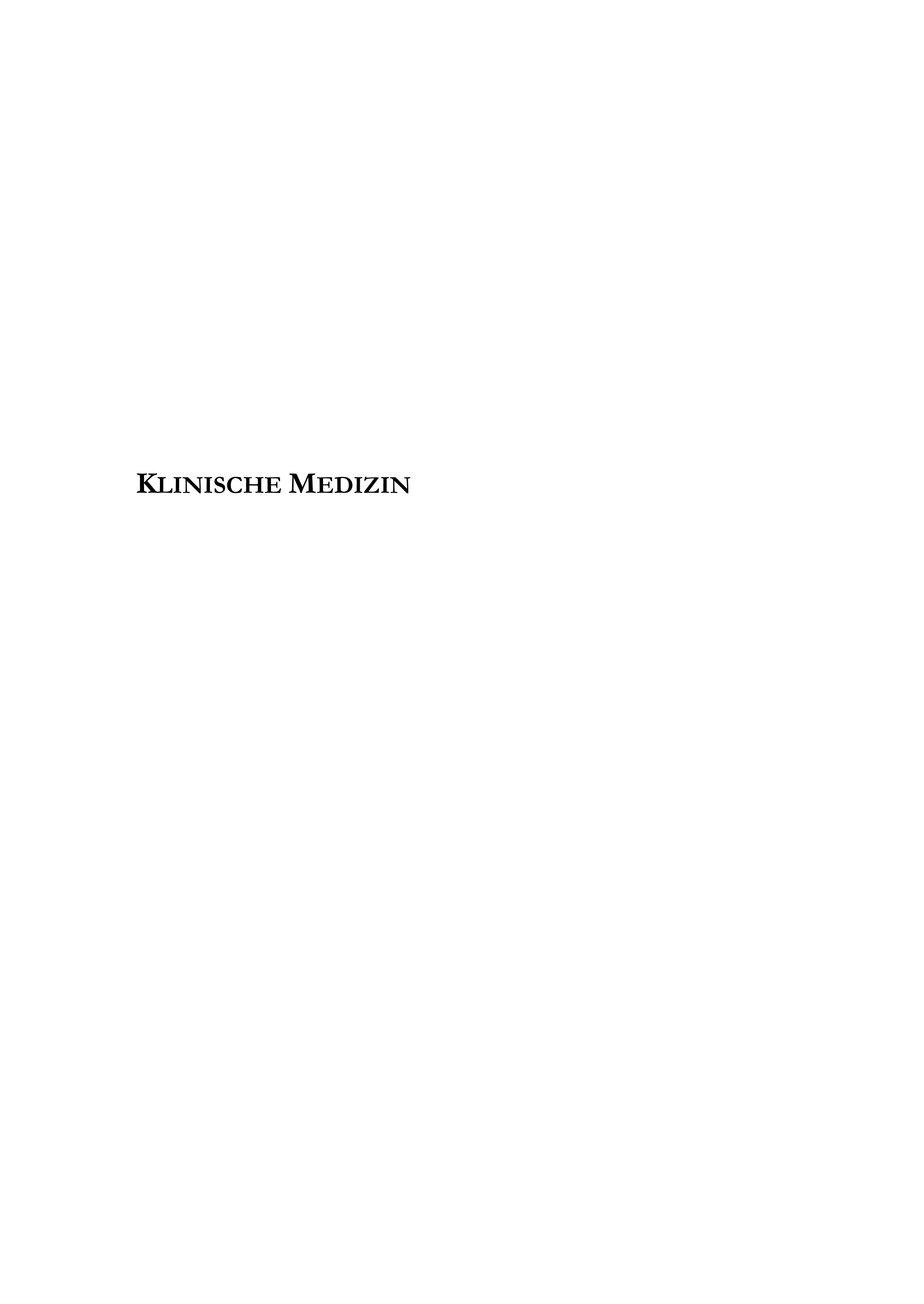
Angesichts der Endlichkeit der zur Verfügung stehenden Ressourcen werden mit Entscheidungen zur Therapieverlängerung und Lebenserhaltung zugleich heikle Fragen der Verteilungsgerechtigkeit aufgeworfen. Die Versorgung in der letzten Lebensphase ist besonders kostenintensiv. Wenn beispielsweise in der Intensivmedizin oder der Onkologie zusehends sehr teure Behandlungen zur Verfügung stehen, kommt es zu einer Konkurrenzsituation, die eine implizite, d.h. ungeregelte Rationierung am Krankenbett zur Folge hat. Welche Kriterien werden dabei herangezogen, welche sind dabei möglicherweise problematisch (wie es z.B. beim Lebensalter kontrovers diskutiert wird)? Welche sollten aus medizinischer, rechtlicher, ökonomischer und ethischer Sicht zugrunde gelegt werden? Was heißt es also, angesichts von Knappheit eine gerechte und sorgende Gesellschaft zu sein (Leonard M. Fleck)?

Die Beiträge dieses Bandes beleuchten die Thematik aus den benannten Perspektiven, benennen die zu beachtenden materiellen wie methodischen Aspekte und suchen – die Erkenntnisse der bisherigen Debatte zusammentragend – nach Wegen einer Problemlösung. Zum Teil sind die Beiträge aus einem Workshop hervorgegangen, den die beiden Herausgeber als Fellow (Zimmermann-Acklin) bzw. Assoziierter (Duttge) des Göttinger Lichtenberg-Kollegs veranstaltet haben. Den Referenten/Innen, die ihre guten Gedanken im Juni 2012 referiert und im Anschluss in die Form eines Artikels gegossen haben, sei an dieser Stelle sehr herz-

lich gedankt, nicht minder aber jenen Autoren/Innen, die eigens für dieses Buchprojekt Ihre Expertise hinzugefügt haben. Die Herausgeber hoffen, dass der Band gerade durch seinen Brückenschlag zwischen Deutschland und der Schweiz den dringlichen Diskussions- und Klärungsprozess vorantreiben möge.

Fribourg und Göttingen, im März 2013

Gunnar Duttge *Markus Zimmermann-Acklin*



KLINISCHE MEDIZIN

Rationierung am Lebensende – eine klinische Perspektive

Priv.-Doz. Dr. med. Bernd Alt-Epping

I. Einleitung

In dem Bemühen um eine individuell und gesellschaftlich gerechte Allokation medizinischer Ressourcen stehen neben den Aspekten der Ration**alis**ierung (im Sinne einer effektiveren Ausschöpfung vorhandener Ressourcen bzw. einer Verbesserung des Verhältnisses von Aufwand und Ertrag) oder der Priorisierung (von besonders vorrangig bestimmten Indikationen, Patientengruppen oder medizinischen Maßnahmen) vor allem die Aspekte der Rationierung in der Diskussion. Unter dem Begriff ´Rationierung` im medizinischen Kontext kann die Begrenzung bzw. das Vorenthalten grundsätzlich medizinisch sinnvoller oder notwendiger Leistungen verstanden werden (Fuchs 2009), wie sie zum Beispiel beim Einsatz extrem kostenintensiver Medikamente in der Onkologie diskutiert wird, oder aber auch eine subventionierte Mengenbegrenzung, analog zu der Vergabe von Essensmarken in Kriegszeiten (vgl. Marckmann 2008). Das letztgenannte, ökonomische Verständnis von Rationierung tritt dabei vor allem in steuerfinanzierten, grundsätzlich budgetbegrenzten Gesundheitssystemen wie dem britischen National Health Service zu Tage, wo zum Beispiel über Wartezeiten, Standardisierung von Versorgung, ein rigides Hausarztsystem, oder über alters- oder patientengruppenabhängige Auswahlkriterien vorgegangen wird (Köster 2012).

Durch den expliziten Einbezug medizinisch sinnvoller bzw. medizinisch indizierter Maßnahmen unterscheidet sich die „Rationierungsdebatte" grundsätzlich von den Maßnahmen der Ration**alis**ierung, die zunächst nicht (mehr) sinnvolle (´futile`) medizinische Maßnahmen zu vermeiden suchen. Hier haben die zur Rati-

on**alis**ierung zugehörigen Maßnahmen der Bedarfsermittlung oder der Kosten-Nutzwertkalkulation (z.B. *quality-adjusted life years* / QALY, *disability-adjusted life years* / DALY, oder *healthy year equivalent* / HYE) längst Einzug in das medizinische Vokabular gefunden.

II. Rationalisierung und Rationierung in der Behandlung von Krebspatienten

In der modernen Onkologie – als Beispiel eines der besonders ressourcenintensiven medizinischen Fachbereiche – werden wirksame Maßnahmen der Ration**alis**ierung bereits umgesetzt, so zum Beispiel in der Verknüpfung bestimmter molekulargenetischer oder histochemischer Testergebnisse mit dem Einsatz moderner, auf bestimmte Oberflächenstrukturen oder biologischen Eigenschaften von Tumorzellen ausgerichteten (extrem teuren, aber teils hochwirksamen) Medikamenten. Beispiele hierfür sind der Einsatz spezifischer Inhibitoren bei Nachweis entsprechender Mutationen an EGF-Rezeptoren incl. her2-neu, CD117 / c-kit, BRAF, u.a., oder die Vermeidung spezifischer Inhibitoren bei Nachweis anderer Mutationen wie z.B. am k-ras-Gen.

Es kann davon ausgegangen werden, daß diese Ration**alis**ierungsbemühungen sich auch in anderen Bereichen der Krebstherapie durchsetzen werden. So wurde erst kürzlich vom britischen *National Institute of Clinical Excellence* (NICE) der Einsatz der Antikörper Bevacizumab und Cetuximab in der Behandlung von Patienten mit fortgeschrittenem Dickdarmkrebs als nicht effektiv in der Kostennutzwertanalyse bewertet: statt des vom NICE vorgegebenen Grenzwertes von 30.000 britischen Pfund (BP), die ein lebensqualitätsadjustiertes Lebensjahr (QALY) kosten darf, mussten beim Einsatz von Bevacizumab bis zu 88.364 BP und beim Einsatz von Cetuximab bis zu 370.044 BP für ein gewonnenes QALY aufgewendet werden (NICE 2006). Bis zu einem gewissen Maße werden sich auch hier durch testabhängige Individualisierung spezieller Therapiemaßnahmen oder durch eine bessere Stratifizierung von Einsatzindikationen und assoziierten Therapierisiken (z.B. durch die genetisch determinierte Prädiktion cisplatinassoziierter Therapietoxizitäten, vergl. Junker 2009) eine Verbesserung von „Aufwand und Ertrag“ im Sinne einer Ration**alis**ierung erzielen lassen und sich dadurch der weitere Einsatz moderner, kostenintensiver Substanzen „nach dem Gießkannenprinzip“ vermeiden lassen.

Selbst bei Ausschöpfung aller Ration**alis**ierungsoptionen verbleibt jedoch die Frage, ob oder unter welchen Bedingungen auch bei einem optimal selektierten und erwartbar wirksamen Einsatz moderner Tumortherapeutika eine kostenbedingte Rationierung zu erfolgen hat oder nicht.

Diese Frage wird inzwischen auch von der Ärzteschaft nunmehr offen diskutiert, was bemerkenswert ist vor dem Hintergrund einer seit hippokratischen Zeiten auf das Wohl eines individuellen Patienten ausgerichteten Medizin. Die Bun-

desärztekammer stellte fest: „Die völlig unzureichenden Budgets zur Finanzierung des Gesundheitswesens haben zu Wartelisten, Unterversorgung und Rationierung geführt. Die Ärzteschaft kann nur noch Sorge dafür tragen, die knappen Mittel möglichst effizient für die Patienten einzusetzen. Durch Rationalisierung lässt sich Rationierung jedoch nicht mehr umgehen. Dies muss transparent gemacht werden." (Bundesärztekammer 2008).

III. Palliativmedizin als Objekt von Rationierung

In der Palliativmedizin – einem pflegerisch, ärztlich und psychosozial geprägten Fachbereich, der die umfassende Behandlung und Begleitung schwerst- und sterbenskranker Patienten (zumeist Krebspatienten) zur Wiederherstellung bestmöglicher Lebensqualität und Symptomkontrolle zum Ziel hat – stellen sich die Fragen einer gerechten Ressourcenallokation, von Priorisierung, Rationalisierung und Rationierung weniger konturscharf und weniger spektakulär als zum Beispiel in der Onkologie dar. Dennoch sind diese Fragen dort von besonderer Bedeutung, hält man sich vor Augen, daß (in einer US-amerikanischen Erhebung) 52% der Kosten des letzten Lebensjahres auf die letzten 60 Lebenstage entfielen (Lubitz 1993).

Ein solcher Rationierungsprozess in der Palliativmedizin kann sich grundsätzlich derselben Regelinstrumente bedienen wie in anderen Fachbereichen der Medizin auch, indem zum Beispiel Leistungen ausgeschlossen werden, Versorgungsstandards gesenkt werden, Budgets geschaffen werden, finanzielle Anreize für Leistungserbringer (DRG, Kopfpauschalen, Bonus/Malus-Systeme) oder finanzielle Anreize für Patienten (Zuzahlungen, Selbstbehalt) gesetzt werden.

Eine Vielzahl stationärer Palliativeinrichtungen rechnen fallpauschalisiert nach DRG (*diagnosis related groups*) ab. Dabei wird das Entgelt für einen stationär behandelten Patienten („Fall") errechnet aus einem sog. Relativgewicht und einem Basisfallwert. Das Gesamtkrankenhausbudget wird errechnet nach der Fallzahl, multipliziert mit dem Basisfallwert, und dem sogenannten Case Mix Index (CMI, einem Index aus der Schwere der behandlungsrelevanten Erkrankung und Komorbiditäten und den abrechnungsrelevanten Prozeduren). Für die vielschichtigen, multiprofessionellen und damit personalintensiven Leistungen auf einer Palliativstation kann zudem noch ein Zusatzentgelt (ZE60, „Palliativmedizinische Komplexbehandlung") geltend gemacht werden.

Konkret stellt zum Beispiel die Regelung, daß das ZE60 erst dann gewährt wird, wenn der Patient mindestens 7 Tage multiprofessionell palliativmedizinisch behandelt worden war, eine Form der Rationierung dar (sofern diese Regelung nicht dazu verleitet, Patienten gezielt länger als 7 Tage stationär zu behandeln). Dieser Rationierungsweg stellt für die spezialisierten Palliativstationen insofern eine besondere Belastung dar, als daß im Zuge der Ausweitung intensiver ambulanter Palliativversorgung (SAPV, spezialisierte ambulante Palliativversorgung) die Zahl der nur wenige Tage auf Palliativstationen liegenden Patienten im Begriff ist,

deutlich zu steigen. Die kann einerseits auf die besser vernetzten Versorgungsangebote mit palliativmedizinischen Teams zurückgeführt werden, mit deren Hilfe Entlassungen aus der stationären Behandlung frühzeitig erfolgen können. Andererseits können viele Palliativpatienten trotz erheblicher Beeinträchtigungen nun noch lange im Krankheitsverlauf zuhause versorgt werden, und kommen zunehmend häufig erst bei Dekompensation aller Unterstützungssysteme, d.h. zum Beispiel in einer symptombelasteten Finalphase, auf eine Palliativstation, deren Mitarbeiter sich dann einer intensiven Betreuungssituation ausgesetzt sehen, ohne auch nur annähernd kostendeckend (aufgrund des fehlenden Zusatzentgeltes) arbeiten zu können.

Abgesehen von der Zusatzentgeltproblematik für die palliativmedizinische Komplexbehandlung spiegelt sich auch das personal- und gesprächsintensive Behandlungskonzept unzureichend in den entsprechenden erlösrelevanten Prozedurencodes wider, was ebenfalls als eine Maßnahme subtiler Rationierung verstanden werden kann. So konnte zum Beispiel für eine 71-jährige Patientin unserer Abteilung mit peritoneal metastasiertem Kolonkarzinom, Pneumonie und Pleuraerguss links bei einem Aufenthalt ohne Anlage einer Pleuradrainage (Relativgewicht 1,538) pro Behandlungstag lediglich etwas mehr als die Hälfte (54%) an Entgelt erlöst werden im Vergleich zu einem weiteren stationären Aufenthalt derselben Patientin, bei dem eine Pleuradrainage angelegt wurde (Relativgewicht 4,375). In einem anderen Beispiel unserer Abteilung wurde eine junge Frau mit metastasierter Brustkrebserkrankung, wo neben der Behandlung tumorbedingter Schmerzen vor allem die psychotherapeutische bzw. psychosoziale Unterstützung bei einer psychiatrisch relevanten Depression im Vordergrund stand, wiederholt stationär behandelt, einmal aufgrund von abdominellen Beschwerden, einmal aufgrund einer akuten und vollständigen Dekompensation der häuslichen Versorgungsstrukturen, ein drittes Mal aufgrund einer Selbstverletzung am Unterarm. Für den stationären Aufenthalt mit der Unterarmverletzung als Krankenhaushauptdiagnose wurde laut Grouper etwa der 6,5-fache Erlös pro Tag veranschlagt im Vergleich zur Behandlung der abdominellen Beschwerden und etwa der 7,5-fache Erlös im Vergleich zur Aufnahme- und Behandlungsindikation aufgrund der psychosozialen Belastungssituation.

Die Aspekte von Begleitung, interventioneller Zurückhaltung und psychosozialer Unterstützungsarbeit werden demnach selbst dann, wenn sie bei fortgeschritten erkrankten Patienten in ein intensives, multiprofessionelles Behandlungskonzept eingebunden sind, deutlich erlösrelevant begrenzt im Vergleich zu interventionell bzw. operativ gestalteten Therapiekonzepten. Eine Abkehr von einer umfassenden, alle medizinischen Probleme und alle Lebensbereiche des Patienten abdeckenden Versorgung und die anstelle dessen eintretende Fokussierung auf ein spezielles, besonders erlösrelevantes Problem im Sinne einer „Schlüssellochmedizin“ (Maio 2012) wird daher durch eine Abrechnung nach DRG gefördert – dies ist im palliativmedizinischen Kontext mit seinem umfassenden, multiprofessionellen Behandlungsanspruch in ganz besonderem Maße problematisch.

IV. Palliativmedizin als Impuls für die Rationierungsdebatte

Gerade im Kontext der umfassenden Behandlung von unheilbar erkrankten Krebspatienten verschwimmen Aspekte von Rationierung und Ration**alis**ierung; häufig lässt sich bei besonders aufwändigen (und belastenden) Therapieverfahren auch die Indikation aus einer palliativmedizinisch geprägten Grundhaltung heraus hinterfragen, und dadurch bereits eine Therapiebegrenzung im Sinne einer Ratio-n**alis**ierung begründen. Dies wurde an anderer Stelle exemplarisch für die Begrenzung diagnostischer Maßnahmen und die Begrenzung der Gabe von Blutkomponenten in der Palliativversorgung erörtert (Alt-Epping 2011, Alt-Epping 2010).

Palliativmedizin kann hier möglicherweise nicht nur als Objekt von Rationierung (bzw. Ration**alis**ierung), sondern auch als potentielle Lösung, zumindest jedoch als konstruktiver Beitrag zur Diskussion um die Verteilung von Ressourcen am Lebensende verstanden werden.

Im palliativmedizinischen Kontext kommen unter anderem zwei Kriterien zu tragen, die in anderen Entscheidungszusammenhängen möglicherweise weniger Aufmerksamkeit einnehmen:

1. die Fragen nach der klinischen Relevanz einer Behandlung und
2. die Fragen nach der Angemessenheit der Behandlung vor dem Hintergrund der individuellen, vulnerablen Lebenssituation des Patienten.

V. Klinische Relevanz?

So muss sich das ärztliche Angebot, auch kostspielige Medikamente bei inkurabel und fortgeschritten erkrankten Krebspatienten einzusetzen, nicht nur an einem statistisch signifikanten Effektivitätsnachweis in Studien oder einem positiven Nutzen-Risiko-Verhältnis, sondern auch an seiner klinischen Relevanz messen lassen. So führte zum Beispiel die Hinzunahme von Erlotinib zum bisherigen Standardpräparat Gemcitabine bei Patienten mit fortgeschrittenem Pankreaskarzinom zu einer Verlängerung der Gesamtüberlebenszeit von 5,91 auf 6,24 Monate (d.h. 9,9 Tage); dieser Nachweis war in der entsprechenden Zulassungsstudie statistisch signifikant (p = 0,038; Moore 2007), und führte zur Zulassung des Medikamentes in der gegebenen Indikation, ist aber wohl kaum als therapeutisch relevant zu bezeichnen (vergl. auch Labenz 2011). Hinzu kommen zusätzliche substanzspezifische Medikamentennebenwirkungen und zusätzliche Kosten für das Medikament von 2887,- Euro (bei einer Dosierung von 150 mg / Tag; www.rote-liste.de).

Auch von medizinethischer Seite werden zuweilen sehr niedrige Schwellenwerte für eine rechtfertigende Therapierelevanz bzw. Wirkwahrscheinlichkeit gesetzt, die aus ärztlicher Sicht praxisfern wirken müssen. Von Lawrence Schneiderman (1990) wird (indirekt) lediglich eine einprozentige Wirkwahrscheinlichkeit als Einsatzvoraussetzung gefordert: „…when physicians conclude (either through

personal experience, experiences shared with colleagues, or consideration of published empiric data) that in the last 100 cases a medical treatment has been useless, they should regard that treatment as futile. …“ (Schneiderman 1990)
Ein solch geringer Anspruch an die Relevanz einer Arzneimittelwirkung bzw. an die Wahrscheinlichkeit, daß ein eingesetztes Medikament auch tatsächlich etwas bewirkt, stellt sich gerade im Kontext einer inkurablen, fortgeschrittenen und fortschreitenden Grunderkrankung als problematisch dar. Anstatt dem Bestreben, die Tumorerkrankung selbst mit Hilfe wenig effektiver und wenig wahrscheinlich wirkender Medikamente aufzuhalten bzw. zurück zu drängen, treten andere, lebensqualitätsbezogene Aspekte im Sinne einer palliativen Therapiezieländerung in den Vordergrund.

VI. Individuelle Angemessenheit?

Das palliativmedizinische Behandlungskonzept versucht, realistische und angemessene Erwartungen an die Ausgestaltung der verbleibenden Lebenszeit zu formulieren, und dabei dem häufig gehörten Satz „Wir können nichts mehr für Sie tun“ eine intensive Behandlung und Begleitung entgegen zu setzen, die nicht abhängig ist von einer begleitenden (bzw. im Vordergrund stehenden) Tumortherapie. Insofern kann eine eigenständige palliativmedizinische Versorgung durchaus dazu beitragen, daß im Zuge dieser Neuordnung von Zielen, die für den Patienten in der fortgeschrittenen Krankheitssituation wirklich wichtig sind, aufwändige aber wenig relevante und wenig wahrscheinlich wirkende Therapieverfahren beendet werden. Diese eingedenk der veränderten klinischen Rahmenbedingungen medizinisch begründbare, aber besonders vor dem individuellen Lebenskontext eines schwerkranken Patienten stattfindende Begrenzung aufwändiger Therapiemaßnahmen (im Sinne einer über die medizinische Indikationsstellung hinausgehende Abwägung der *ärztlichen* Indikationsstellung, vergl. Neitzke 2008), kann durchaus einen Beitrag zur Debatte um Ressourcenallokation, Futility, Priorisierung, Rationalisierung und Rationierung am Lebensende leisten. Diese Diskussion wurde zuletzt sehr konkret mit Blick auf eine prospektive, kontrollierte Interventionsstudie einer Bostoner Arbeitsgruppe geführt (Temel 2010), die bei Patienten mit Lungenkrebs zeigte, daß eine strukturierte, ab Diagnosestellung einsetzende palliativmedizinische Mitbehandlung im Vergleich zu einer späteren, bedarfsorientierten Anforderung palliativmedizinischer Strukturen

- zu einer besseren Lebensqualität mit weniger depressiven Symptomen,
- zu weniger Chemotherapie innerhalb der letzten 60 Lebenstage,
- zu einem längeren Zeitabstand zwischen letzter Chemotherapie und dem Versterben und zu längerer hospizlicher Begleitung,
- zu mehr Verständnis der eigenen Krankheitsprognose,

- zu häufigeren Vorausverfügungen bzgl. Reanimationen,
- zu weniger Notaufnahmen bzw. Krankenhausaufenthalten,
- konsekutiv zu einer Reduktion der Krankenhauskosten (Greer 2012) und
- zu einer längeren Gesamtüberlebenszeit (methodisch umstritten)

geführt hatte.

Ein solcher palliativmedizinischer Impuls kann möglicherweise nicht nur in der Onkologie, sondern auch in anderen (besonders aufwändigen) medizinischen Fachbereichen wie z. B. der Intensivmedizin einen konstruktiven Beitrag zur Entscheidungsfindung leisten.

Diese Begrenzung aufwändiger und kostenintensiver Verfahren durch die Einbettung der Therapieentscheidung in die konkrete Lebensrealität des Patienten kann – wenn sie nicht bereits durch den klaren Wegfall der formalen, medizinischen Indikation gerechtfertigt ist – jedoch nur gelingen, wenn eine tragfähige und empathische Arzt-Patienten-Beziehung gestaltet werden kann, die diesen expliziten Einbezug der Lebenswirklichkeit des schwerkranken Patienten mit einbezieht. Persönliche Zuwendung, eine Grundhaltung der Wertschätzung und der Sorgebeziehung zum Patienten, eine Medizin als soziale Praxis (Maio 2011), in der sich ein Mensch eines anderen Menschen in seiner Not annimmt anstatt dem Paradigma des „Machens von Gesundheit“ oder der „Produktion von Heilung“ (Maio 2011) zu unterliegen, können demnach trotz aller damit verbundenen Ressourcenintensität konstruktiv zu der Problematik des hohen Verbrauchs begrenzter Ressourcen am Lebensende beitragen.

VII. Fazit

Eine Ration**alis**ierung, aber auch die Rationierung von Ressourcen macht auch vor der Palliativmedizin nicht halt, und manifestiert sich unter anderem an Aspekten der DRG-Abrechnung, wo bestimmte, speziell die Palliativmedizin charakterisierende Leistungen weiterhin unzureichend abgebildet werden.

Neben der erforderlichen (nicht nur in der Ärzteschaft zu führenden) Diskussion, wie viel unsere Gesellschaft in Gesundheitsausgaben grundsätzlich investieren will, kann die palliativmedizinische Perspektive mit ihrem Bemühen um eine klinisch relevante und individuell angemessene Behandlung von schwerst- und sterbenskranken Patienten möglicherweise einen beispielhaften Impuls geben für die die Rationierungsdebatte insgesamt und für das Bemühen um eine gerechte Ressourcenallokation.

Literatur

Alt-Epping B, Simon A, Nauck F. Substitution von Blutkomponenten in der Palliativmedizin – Kriterien der Transfusionsbegrenzung in der ethischen Reflexion. Dtsch Med Wochenschr 2010; 135: 2083-7

Alt-Epping B, Baumann R, Lindena G, Nauck F. Wieviel Diagnostik braucht die Palliativmedizin? - Ergebnisse einer multizentrischen Studie und Fallserie. Dtsch Med Wochenschr 2011; 136: 2297-2301

Bundesärztekammer. Gesundheitspolitische Leitsätze der Ärzteschaft -Ulmer Papier. Beschluss des 111. Deutschen Ärztetages 2008. http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/UlmerPapierDAET111.pdf. Zugriff 20.07.2012

Fuchs C, Nagel E, Raspe H. Rationalisierung, Rationierung und Priorisierung – was ist gemeint? Dt. Ärzteblatt 2009; 106(12): B474-477

Greer JA, McMahon P. Effect of early palliative care on health care costs in patients with metastatic NSCLC. J Clin Oncol 30, 2012 (suppl; abstr 6004)

Junker A. Personalisierte Krebsmedizin – immer erfolgreicher umsetzbar. Dtsch Ärztebl 2009; 30:1285–1286

Köster U. Priorisierung pragmatisch. Nieders. Ärzteblatt 2012: 3: 56-57

Labenz J, Kunz CU. Das ABC der medizinischen Statistik. Anästhesist 2011; 60: 79–90

Lubitz JD, Riley GF. Trends in Medicare payments in the last year of life. N Engl J Med 1993; 328(15): 1092-6

Maio G. Heilen als Management? Z Allg Med 2011; 87(12): 36-41

Maio G. Ärztliche Hilfe als Geschäftsmodell? Dt. Ärzteblatt 2012; 109(16): A804-A807

Marckmann G. Gesundheitspolitik und Ethik. Fernlehrgangsskript Centrum für Kommunikation Information Bildung (cekib). Nürnberg 2008

Moore MJ, Goldstein D, Hamm J, et al. Erlotinib plus gemcitabine compared with gemcitabine alone in patients with advanced pancreatic cancer: a phase III trial of the National Cancer Institute of Canada Clinical Trials Group. J Clin Oncol 2007; 25(15):1960-6

National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Final appraisal determination: Bevacizumab and Cetuximab for metastatic colorectal cancer. 21.08.2006. http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/ 11611/33905/ 33905.pdf. Zugriff 20.07.2012

Neitzke G. Unterscheidung zwischen medizinischer und ärztlicher Indikation. In: Charbonnier R, Dörner K, Simon S (Hrsg.) Medizinische Indikation und Patientenwille. Schattauer 2008; Stuttgart, 53–66

Schneiderman LJ, Jecker NS, Jonsen AR. Medical futility: its meaning and ethical implications. Ann Intern Med 1990; 112: 949–954

Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, et al. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. N Engl J Med 2010; 363(8): 733-42

Rationierung im Gesundheitswesen – eine medizinische Betrachtung zur Ressourcenverteilung[1]

Priv.-Doz. Dr. med. Christoph H. R. Wiese

I. Hintergrund

Der medizinische, pharmakologische und technische Fortschritt bewirkt im Zusammenhang mit der demografischen Entwicklung (Veränderung der Bevölkerungsstruktur) bzw. dem demografischen Wandel (Veränderung der Altersstruktur einer Bevölkerung) in Deutschland eine zunehmende Kostensteigerung im Gesundheitswesen [Schöffski 2011]. Dieser Kostensteigerung stehen jedoch endliche finanzielle Ressourcen der Sozialversicherungsträger gegenüber [Wiese et al. 2012], weswegen national und international medizinisch, ethisch, ökonomisch, rechtlich und sozialpolitisch unterschiedliche Modelle zur Reduzierung der Kosten im Gesundheitswesen diskutiert werden. Unterschieden werden in diesem Zusammenhang Rationierungs-, Priorisierungs-, Rationalisierungsmaßnahmen sowie Mittelerhöhungen [Wiese et al. 2012, Huster 2010]. Hierbei bezeichnet die Rationierung die Leistungsbegrenzung, Priorisierung die Ordnung von Leistungen nach ihrer zu definierenden Wichtigkeit und die Rationalisierung eine Effizienzsteigerung (Erbringen von Leistungen mit weniger Aufwand) [Huster 2010, Preusker 2004]. Zusätzlich wird auch das allgemeine Ausschöpfen von Einsparpotentialen als Möglichkeit der Kostenreduktion genannt und diskutiert. Einen Sonderbereich der

[1] Der Beitrag stellt die aktualisierte und ergänzte Fassung eines Artikels dar, den der Autor für die Zeitschrift „Der Anästhesist“ im Jahr 2012 (S. 354-362) verfasst hat.

Rationierungsdebatte bilden die sog. Therapiezieländerungen am Lebensende auf Intensivstationen, in deren Rahmen v.a. die Patientenautonomie sowie die medizinische Indikation für bzw. gegen den Erhalt therapeutischer Maßnahmen betrachtet werden. Ein wichtiger Aspekt ist aber gerade bezüglich der intensivmedizinischen Betrachtung, dass einem Streben nach Lebensverlängerung in Abhängigkeit individueller Interessen kein Vorrang mehr gegeben werden kann und darf [Duttge 2006]. Im Fokus der Medizin stehen allerdings noch weitere Interessen, durch welche Therapien und Therapieentscheidungen beeinflusst werden können.

In Deutschland besteht das Sozialversicherungssystem u.a. aus Arbeitslosen-, Kranken-, Pflege- und Rentenversicherung. Das Institut der gesetzlichen Krankenversicherung stellt in Deutschland somit als Ausprägung des Sozialstaats einen Teil der nationalen Sozialversicherungsträger dar. Aus diesem Grund sollte ein jeder Bürger ein Interesse daran haben, die nicht unendlich zu erhöhenden Beiträge des Einzelnen entsprechend niedrig zu halten. In diesem Zusammenhang beinhaltet die erste Interessengruppe die gesamte Bevölkerung als Beitragszahlende, wobei somit auch jeder Einzelne, mag dieser auch sekundär von Partikularinteressen geprägt sein, umfasst ist (z.B. der Arzt, der durch therapeutische Maßnahmen versucht, Patienten zu helfen, auch wenn diese Maßnahmen die Kosten im Gesundheitswesen erhöhen und er somit als Beitragszahlender direkt durch seine Maßnahme betroffen ist). Des Weiteren gilt es, die Interessen der Leistungserbringer und der Versicherer sowie die Interessen von Kommunen und Gemeinden, der dort lebenden Bevölkerung, aber auch der Apotheken, der Sanitätshäuser, der Pharmaindustrie und der Medizinprodukteindustrie zu betrachten. Im Gegensatz zu den Interessen dieser Gruppen steht dann aber in der Regel das individuelle Interesse des Einzelnen, welches sich oftmals gegen das Allgemeininteresse wendet. Hierdurch wird es also praktisch unmöglich, eine einzelne Maßnahme durchzuführen, die zu einer Reduktion der Kosten führt und nicht gleichzeitig durch Partikularinteressen negativ beeinflusst ist. Das deutsche Gesundheitssystem ist somit durch unterschiedliche Interessen bestimmt, so dass insgesamt aus medizinischer Sicht nur eine allgemeingültige und jeden Einzelnen betreffende Maßnahme zur Rationierung als Lösungsmöglichkeit in Frage zu kommen scheint.

All diesen Interessen ist die allgemeine Mittelknappheit der gesetzlichen Krankenversicherung infolge der begrenzten Zahlungsbereitschaft der sozialversicherungspflichtigen Bevölkerung sowie die begrenzte Effizienzsteigerungsmöglichkeiten wie beispielsweise eine bessere Vernetzung ambulanter und stationärer Patientenversorgung gemein [Wiese et al. 2012, Winkler 2011, Marckmann 2008]. Hierdurch werden in der Zukunft, trotz medizinischer, ethischer, rechtlicher und ökonomischer sowie allgemein sozialpolitischer Bedenken und Probleme, Rationierungs- und Priorisierungsmaßnahmen nicht abwendbar sein [Winkler 2011, Marckmann 2008]. Bisherige Maßnahmen zur Rationalisierung und Effizienzsteigerung beziehen sich oftmals nur auf einzelne Bereiche des Gesundheitssystems und bedeuten somit eine Verschiebung der Kostenfaktoren von z.B. der Intensivmedizin in den ambulanten intensivpflegerischen Bereich (sog. „long-term care facility“).

Hierdurch wird zwar die Verantwortung für die therapeutischen medizinischen Entscheidungen auf die nächste Instanz übertragen, aber dennoch keine volkswirtschaftliche Lösung im Sinne des Gesundheitssystems geschaffen. Ganz im Gegenteil hat die den Patienten verlegende Institution sogar ein Interesse daran, diesen frühzeitig in eine weitere therapeutische Einrichtung zu überweisen, da insbesondere kurze Liegedauern auf der Intensivstation kostenreduzierend wirken und zusätzlich die intensivmedizinischen Maßnahmen im Benchmark-Prozess besser beurteilt werden. Dieses Phänomen des Sparens und Optimierens an der einen Stelle zu Lasten einer weiteren bzw. ohne allgemeine Sparmaßnahmen ist im deutschen Gesundheitswesen allgemein existent. So führt beispielsweise eine geplante Erhöhung der Apothekerhonorare insgesamt zu einer Kostensteigerung im Gesundheitswesen, reicht aber der betroffenen Gruppe nicht aus, so dass noch eine weitere Erhöhung gefordert wird [Zeit Online 2012].

Die Altersrationierung gilt als eine Möglichkeit, den steigenden Kosten im Gesundheitswesen entgegen zu wirken [Huster 2010]. Im Folgenden soll diese Möglichkeit aus medizinischer Perspektive dargestellt und diskutiert werden. Insbesondere werden die Aspekte erläutert, die entsprechend der medizinischen Betrachtung für bzw. gegen eine Altersrationierung sprechen.

II. Altersrationierung aus medizinischer Sicht

Die Altersrationierung wird *in* der Medizin bislang selten praktiziert. Sie stellt vorwiegend ein gesundheitsökonomisch-wissenschaftliches, aber auch politisches Thema dar [Wiese et al. 2012]. Allerdings haben alle Rationierungsformen – und somit auch die Altersrationierung – *für* die Medizin eine große Bedeutung, da sie durch Ärzte praktiziert und ggf. umgesetzt werden müssen. Rationierungsformen werden in der Literatur nach ihrer Art/Orientierungsgröße, Form und der Allokationsebene unterschieden [Salomon et al. 2011, Fuchs et al. 2009].

1. Orientierungsgrößen im Rahmen der Altersrationierung

(1) Biologisches Lebensalter

Der Gesundheitszustand des einzelnen Menschen wird anhand vorab definierter Kriterien bewertet und führt in seiner Summe ab einem definierten Grad der Multimorbidität zu einer Rationierung von Gesundheitsleistungen.

(2) Kalendarisches Lebensalter

Mit dem Erreichen eines definierten kalendarischen Lebensalters (beispielsweise mit 75 Jahren) werden bestimmte medizinische Leistungen im Gesundheitswesen nicht mehr im Rahmen der allgemeinen Sozialversicherungssysteme zur Verfügung gestellt.

(3) Soziales Alter

In der Literatur wird der Beginn der sogenannten sozialen Altersrationierung mit dem Eintritt in das Rentenalter beschrieben. Ab dem Rentenbeginn werden somit bestimmte medizinische Leistungen im Rahmen der Sozialversicherungsträger nicht mehr zur Verfügung gestellt. Die soziale Definition einer Rationierungsmaßnahme umfasst in diesem Fall auch zu überwiegenden Teilen die kalendarische Komponente.

(4) Subjektives Alter

Daneben ist auch eine rein an subjektiven Faktoren orientierte Rationierung begründbar. Hier können somit alle o.g. Arten der Altersrationierung als Parameter einfließen.

2. Formen der Altersrationierung

Es wird zwischen zwei Formen der Altersrationierung unterschieden [Schöffski 2011, Fuchs et al. 2009]:

(1) Implizite Rationierungsmaßnahmen

Rationierungsmaßnahmen werden für den individuellen Fall und nicht nach allgemeingültigen Kriterien getroffen. Die Menschen als Betroffene können somit die Maßnahmen nicht nachvollziehen, da die zugrundeliegenden Entscheidungen nicht transparent gemacht werden. Hierdurch ist keine direkte Kostenkontrolle zu erreichen und es können deutliche medizinische Verständnisprobleme auftreten, da der Entscheidende, in diesem Fall der Arzt, die eine Rationierung bedingenden Kriterien ebenfalls nicht kennt. Es können aber auch individuelle Kriterien das jeweilige Arzt-Patienten-Verhältnis beeinflussen, da durch den Entscheidenden die jeweiligen Maßnahmen definiert und individuell festgelegt werden. Hierdurch besteht die Gefahr der unterschiedlichen und z.T. an therapeutischen singulären Meinungen orientierten Patientenbehandlungen, basierend auf nicht nachvollziehbaren, nicht transparenten Maßnahmen bzw. therapeutischen Entscheidungen.

(2) Explizite Rationierungsmaßnahmen

Die Rationierungsmaßnahmen werden nach definierten, transparenten und verbindlichen Kriterien beschlossen. Durch diese Form der Rationierung ist eine individuelle Regelung zwischen Arzt und Patient basierend auf singulären therapeutischen Meinungen nicht möglich [Wiese et al. 2012]. Es können Leistungen explizit und somit transparent ersichtlich ausgeschlossen bzw. medizinische Indikationen zum Erhalt einer Leistung beschränkt werden [Marckmann 2010, Strech et. al. 2009].

3. Allokationsebenen der Altersrationierung

In der nationalen wie internationalen Literatur werden vier Allokationsebenen genannt, um Rationierungsentscheidungen treffen zu können [Winkler 2011, Fuchs et al. 2009, Preusker 2004, Engelhardt 1988]. Hierbei handelt es sich um zwei sog. Makroebenen und zwei sog. Mikroebenen.

(1) Makroebene I

Durch eine politische Entscheidung wird festgelegt, welcher Anteil des Bruttosozialprodukts dem nationalen Gesundheitswesen zur Leistungserbringung zur Verfügung steht.

(2) Makroebene II

Die vorhandenen Budgets zur Leistungserbringung im nationalen Gesundheitswesen werden nach den Zielen im Gesundheitswesen verteilt (z.B. Therapie, Forschung, Prävention, Rehabilitation).

(3) Mikroebene I

Es werden durch einzelne Instanzen und Institutionen des nationalen Gesundheitswesens Prinzipien definiert und festgelegt, nach denen die finanziellen Ressourcen an einzelne Menschen verteilt werden.

(4) Mikroebene II

Auf dieser Ebene liegt die Entscheidung zur Ressourcenverteilung bei den Behandelnden/Leistungserbringern und wird somit nach individuellen und singulären, aber z.T. auch partikulären Interessen getroffen.

Aus medizinischer Sicht bestehen aktuell im deutschen Gesundheitswesen zahlreiche Formen der Rationierungsmöglichkeiten. Am häufigsten erfolgt aber die individuelle therapeutische Entscheidung zur Durchführung einer Maßnahme oder eben zu einer Therapiezieländerung. Nach medizinischer Auffassung sollten Rationierungsmaßnahmen allgemein und die Altersrationierung im Speziellen offengelegt sein, also explizit erfolgen. Ihre nähere Ausgestaltung sollte dem Gerechtigkeitsempfinden der Allgemeinheit und somit der überwiegenden Mehrheit der Bevölkerung entsprechen. Es sollten somit die Faktoren (1) Transparenz, (2) offizielle Legitimation und (3) eine Konsistenz der Gleichbehandlung betroffener Menschen berücksichtigt werden. Notwendig erscheint aus medizinischer Sicht auch (1) die allgemein nachvollziehbare Begründbarkeit medizinischer Leistungsbegrenzungen, (2) eine objektivierbare Beteiligung am Entscheidungsprozess, (3) die Regulierung durch staatliche, medizinisch geführte Organe für eine gerechte Verteilung sowie (4) die möglichst engmaschige Begrenzung im konkreten Fall zu berücksichtigender Ausnahmen. Ausnahmen wären dann medizinisch denkbar, wenn (1) ein tatsächlicher Bedarf für die medizinische Leistung bei vorhandener medizinischer Indikation besteht, (2) die Effektivität einer möglichen Untersu-

chungs- und Behandlungsform nachgewiesen ist, (3) die medizinische Maßnahme eine gesicherte Kosteneffektivität beinhaltet sowie (4) die medizinische Maßnahme in ihrer Anwendung für die spezielle Situation eine gesicherte wissenschaftliche Evidenz aufweist.

III. Überlegungen zum Vorhandensein und zur praktischen Durchführung von Rationierungsmaßnahmen aus medizinischer Sicht

Im deutschen Gesundheitswesen existieren sicher auch schon in der heutigen Zeit zahlreiche, v.a. individuelle therapeutische Rationierungsmaßnahmen, die sich insbesondere auf die Erfahrungen der Behandlerebene zurückführen lassen. Diese Rationierungsmaßnahmen sind allerdings im internationalen Vergleich inoffiziell und implizit [Wiese et al. 2012]. Sie werden sowohl national als auch international häufig bewusst, aber auch unbewusst auf der Mikroebene (besonders der Behandlerebene) in zahlreichen Bereichen des öffentlichen Gesundheitswesens bereits praktiziert [Marckmann 2010, Marckmann 2008, Giordano 2005, Daniels 2002, Emanuel 2000, Engelhardt 1988]. Allerdings besteht auch der umgekehrte Fall, dass Behandlungsentscheidungen aufgrund finanzieller Anreize im Gesundheitswesen wider besseren medizinischen Wissens und Gewissens getroffen werden, um eine gute Erlössituation erzielen zu können [Stachura et al. 2013, unveröffentlicht].

Eine offizielle Altersrationierung im expliziten Sinne ist derzeit in Deutschland noch nicht existent, wird aber schon offiziell als sinnvolle Rationierungsmöglichkeit anerkannt, um die weitere Kostenausbreitung im öffentlichen Gesundheitswesen reduzieren zu können und auch, um eventuellen fraglichen medizinischen Maßnahmen mit hohen Kosten-, aber geringen Nutzenfaktoren (v.a. für den Patienten) entgegenzuwirken [Wiese et al. 2012]. Das Alter eines Menschen findet allerdings schon zum heutigen Zeitpunkt bei therapeutischen Entscheidungen im Zusammenhang mit den Vorerkrankungen eines Menschen Berücksichtigung und kann durchaus auch zu einer Therapiezieländerung führen. Hierdurch wird im Rahmen von medizinischen Entscheidungen bewusst und bis dato sicher auch weitgehend sinnvoll die Therapieentscheidung bzw. Therapiezieländerung singulär vom „Parameter Alter" – in diesem Fall des kalendarischen Alters – abhängig gemacht. Eine reine Form der Altersrationierung nach kalendarischen Faktoren sollte jedoch in der heutigen Zeit auch medizinisch nicht uneingeschränkt befürwortet werden [Wiese et al. 2012, Salomon et al. 2011, Reiter-Theil 2007]. Als medizinische Faktoren werden in der Literatur von Ärzten als häufigste, wenn auch implizite, die folgenden genannt [modifiziert nach Esslinger et al. 2011, Reiter-Theil 2007, Hurst et al. 2006, Preusker 2004]:

1. Der individuelle Vorteil der medizinischen Maßnahme ist für den Patienten sehr gering und verlängert eher das Leiden als das Leben. Hierdurch kann es zu einer medizinisch begründbaren Therapiezieländerung kommen.
2. Die Erfolgschance der therapeutischen medizinischen Maßnahme ist im Sinne eines kurativen therapeutischen Ansatzes als gering zu werten. Hierdurch kann es dazu kommen, dass eine therapeutische Maßnahme bei einem Patienten nicht mehr durchgeführt wird. Allerdings wird auch befürwortet, dem Patienten ggf. eine alternative Behandlungsmöglichkeit anzubieten.
3. Die Lebensverlängerung durch die Maßnahme impliziert voraussichtlich eine geringe Lebensqualität, obwohl das Ziel der Behandlung auf eine Steigerung der Lebensqualität gerichtet sein sollte.
4. Der Patient ist älter als 85 Jahre.

Hierdurch wird auch im Rahmen von Befragungen von Ärzten ersichtlich, dass das Alter als Parameter für oder gegen die Entscheidung zu einer therapeutischen Maßnahme durchaus mit in Betracht gezogen wird. Dies widerspricht zumindest im Grundsatz der in der Öffentlichkeit kommunizierten Haltung der Ärzteschaft, wonach das Alter nicht als singulärer Parameter in Betracht gezogen werde; in Wahrheit kann jedoch implizit sehr wohl auch das kalendarische Alter eines Menschen die Verweigerung von Maßnahmen zur Folge haben.

In Deutschland fordert das Gleichheitsprinzip eine gleiche oder vergleichbare Therapie für alle Menschen mit gleichen Ansprüchen [Winkler 2011]. Allerdings ist bei der Verteilungsentscheidung immer auch die individuelle Entscheidung und v.a. auch die Nutzenqualität sowie die Nutzenwahrscheinlichkeit ein Parameter, der medizinische Entscheidungen beeinflusst, wie die jüngste Diskussion in der Transplantationsmedizin gezeigt hat. Eine derartige Form der Rationierung macht aber auch aus medizinischer Perspektive durchaus Sinn, da der Erfolg einer Maßnahme bei dem jeweiligen konkreten Patienten auch deren Durchführung maßgeblich mit beeinflussen sollte. Hinsichtlich weiterer individueller Entscheidungen kann aus medizinischer Sicht zweifellos eine unbegrenzte Aufzählung stattfinden. Allerdings ist das medizinische Bekenntnis zu derartigen, sicher auch in einigen Teilen sinnvollen, Entscheidungsfindungen nicht gegeben [Wiese et al. 2012].

Die Altersrationierung weist als ein kontrovers diskutiertes Beispiel denkbarer Rationierungstypen sowohl Vor- als auch Nachteile auf [Esslinger et al. 2008, Brockmann 2007, Breyer 2005, Breyer 2003, Breyer et al. 2003]. Allgemein sprechen für eine Altersrationierung nach kalendarischem Alter im klassischen Sinne die zunehmende Alterung der Gesellschaft, die erhöhten gesellschaftlichen Forderungen nach medizinischen Leistungen bzw. des Rechts auf den Erhalt medizinischer Leistungen unabhängig von eigener patientenindividueller Leistungsbereitschaft sowie den steigenden therapeutischen Kosten durch eine zunehmende Technisierung. Die Altersrationierung ist somit auch aus medizinischer Sicht durchaus diskutabel und nicht allgemein als unsinniges und möglicherweise ethisch

nicht tragbares Konstrukt gänzlich abzulehnen. Gewichtiges Argument gegen eine klassische Altersrationierung ist v.a. eine mögliche Diskriminierung bestimmter Menschen durch die Einschränkung medizinischer Leistungen für eine bestimmte Bevölkerungsgruppe.

Als Vorteile der Rationierung sind folgende Aspekte zu berücksichtigen:

1. Möglichkeit zur Kostenreduktion bzw. Kostenlimitierung im deutschen Gesundheitswesen;
2. Reduktion einer weiteren Ressourcenknappheit;
3. Planbarkeit der kalendarischen Altersrationierung als explizite und nicht manipulierbare Größe;
4. Vermeidung einer sogenannten „umgekehrten“ Generationengerechtigkeit.

Als Nachteile der Rationierung beanspruchen dagegen die folgenden Aspekte Beachtung:

1. Reduktion der Lebensqualität kalendarisch „alter“ Menschen durch nicht adäquate und ihrem biologischen Alter nicht entsprechende therapeutische Einschränkungen;
2. Verletzung des in Deutschland existenten Generationenvertrags, zumindest in der Einführungsphase;
3. Explizite Diskriminierung einer kalendarisch „alten“ Bevölkerungsgruppe und damit eine Verletzung des in Deutschland gültigen Gleichbehandlungsgebots;
4. Medizinische Leistungen könnten in jüngere Altersstufen vorverlagert werden und somit zu einem Zeitpunkt stattfinden, in dem aufgrund des Gesundheitszustandes des Patienten keine Indikation zur Maßnahme besteht (Endoprothese mit 60 Jahren);
5. Steigerung möglicher Folgekosten für die weiteren Sozialversicherungsträger (z.B. Pflegeversicherung) durch das Vorenthalten durchaus sinnvoller medizinischer Maßnahmen und somit eine Reduktion der Ersparnis im Gesundheitswesen z.B. zu Lasten der Pflegekassen.

IV. Zusammenfassung

Steigende Kosten im deutschen Gesundheitswesen machen es auch aus medizinischer Sicht notwendig, grundsätzliche strukturelle Veränderungen in Betracht zu ziehen und diese engmaschig zu diskutieren. Implizit werden Rationierungsmaßnahmen auch in Deutschland bereits seit langem praktiziert, ebenso wie das Nutzen bzw. Ausnutzen medizinischer Möglichkeiten, um hohe Liquidationserlöse zu generieren. Damit können zwar einige wenige Institutionen große finanzielle Gewinne generieren, die aber für die Allgemeinheit hohe Kosten verursachen, obwohl

die medizinische Indikation der Maßnahme oftmals fraglich bleibt. Somit sollte auch aus Sicht der Medizin ein transparentes System geschaffen werden, dass sicher auch Rationierungsmaßnahmen enthalten muss, um für die sozialversicherungspflichtige Gemeinschaft überhaupt noch tragbar zu sein. Diese Rationierungsmaßnahmen müssen allgemein und die Altersrationierung speziell interdisziplinär diskutiert werden, um hierdurch ein tragbares Modell für alle Beteiligten entwickeln zu können. Aus medizinischer Sicht darf in diesem Zusammenhang nicht unerwähnt bleiben, dass der Arzt letztendlich das die Maßnahme umsetzende Organ sein wird und ihm somit auch ein gewichtiges Mitentscheidungsrecht einzuräumen sein muss.

Literaturverzeichnis

Breyer F (2005) Rationierung von GKV-Leistungen nach dem Alter? – Pro. Dtsch Med Wochenschr 130: 349-350.

Breyer F, Schultheiss C (2003) Primary rationing of health services in aging societies: a narrative analysis. Int J Health Care Finance Economics 2: 247-264.

Breyer F, Zweifel P, Kifmann M (2003) Gesundheitsökonomie. Springer Verlag, Berlin 2003.

Brockmann H (2007) Was kostet uns die demografische Alterung? Die Altersrationierung in der Gesundheitsversorgung auf dem Prüfstand. Kurswechsel 2/2007: 58-72.

Daniels N, Sabin JE (2002) Setting limits fairly. Oxford University Press 2002.

Duttge G (2006) Einseitige („objektive") Begrenzung ärztlicher Lebenserhaltung? – Ein zentrales Kapitel zum Verhältnis von Recht und Medizin. NStZ 2006, 9: 479-489.

Emanuel EJ (2000) Justice and managed care. Four principles for the just allocation of health care resources. Hastings Center Report 30: 8-16.

Engelhardt HT (1988) Zielkonflikte in nationalen Gesundheitssystemen. In: Sass HM (Hrsg., 1988) Ethik und öffentliches Gesundheitswesen. Springer Verlag, Berlin 1988: S. 35-43.

Esslinger AS, Meier F, Roller-Wirnsberger RE, Heppner HJ (2011) Einstellungen zur altersbedingten Rationierung von Gesundheitsleistungen: Ergebnisse einer Analyse in Deutschland und Österreich. Wien Klin Wochenschr 123: 422-431.

Esslinger AS, Hajek S, Heppner HJ, Schöffski O (2008) Rationierung von Gesundheitsleistungen im Alter: Hintergründe, Argumente und Alternativen. Gesundheitsökonomie Qualitätsmanagement 13: 276-282.

Fuchs C, Nagel E, Raspe H (2009) Rationalisierung, Rationierung und Priorisierung – was ist gemeint? Dtsch Aerztebl 106: B474.

Giordano S (2005) Respect for equality and the treatment of the elderly: declaration of human rights and age-based rationing. Camb Quart Healthc Ethics 14: 83-92.

Hurst SA, Slowther AM, Forde R, Pegoraro R, Reiter-Theil S, Perrier A, Garrett-Mayer E, Danis M (2006) Prevalence and determinants of physician bedside rationing: data from Europe. J Gen Intern Med 21: 1138-1146.

Huster S (2010) Altersrationierung im Gesundheitswesen: (Un-) Zulässigkeit und Ausgestaltung. MedR 28: 369-372.

Marckmann G (2010) Kann Rationierung im Gesundheitswesen ethisch vertretbar sein? GGW 10: 8-15.

Marckmann G (2008) Gesundheit und Gerechtigkeit. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 51: 887-894.

Preusker UK (2004) Offene Priorisierung als Weg zu einer gerechten Rationierung? GGW 4: 16-22.

Reiter-Theil A, Albisser Schleger H (2007) Alter Patient – (k)ein Grund zur Sorge? Ethische Fragen im Lichte empirischer Daten. Notfall Rettungsmed 10: 189-196.

Salomon T, Rothgang H, AGil-Projekt (2011) Gesundheitsökonomische Evaluation bei Leistungen für Senioren. Führen diese zu einer Benachteiligung gesundheitsfördernder und präventiver Maßnahmen? Präv Gesundheitsf 6: 138-144.

Schöffski O (2011) Auswirkungen der demografischen Entwicklung. In: Skript „Berufsbegleitender Fernstudiengang „Master of Health Business Administration" Studienjahrgang 2010; Semester 2 „Grundlagen des Gesundheitswesens", Text 39; Erlangen-Nürnberg 2011.

Stachura P, Wiese CH, Oberender P (2013) The impact of the G-DRGs reimbursement system on end-of-life decision making in a surgical intensive care unit. (zur Publikation eingereicht).

Strech D, Freyer D, Börchers K (2009) Herausforderungen expliziter Leistungsbegrenzungen durch kostensensible Leitlinien. Ergebnisse einer qualitativen Interviewstudie mit leitenden Klinikärzten. Gesundheitsökonomie Qualitätsmanagement 14: 38-43.

Wiese CH, Schepp CL, Bergmann I, Hinz JM, Graf BM, Lassen CL (2012) Altersrationierung – ein Mittel zur Ressourcenverteilung im Gesundheitswesen?! Anästhesist 61: 354-362.

Winkler E (2011) Rationalisierung, Rationierung, Priorisierung: Terminologie und ethische Begründungsansätze zur Allokation bei begrenzten Ressourcen in der Hämatologie/Onkologie. Onkologie 34: 2-5.

ZEIT ONLINE (2012) Schäuble gibt Widerstand gegen höhere Apotheker-Honorare auf. 13.09.2012 - 09:10 Uhr; AFP, dapd (letztmalig aufgerufen am 07.03.2013).

Ethik in der Intensivmedizin. Erarbeitung neuer Richtlinien in der Schweiz

Prof. Dr. med. Reto Stocker

Seit der Erarbeitung der Richtlinien „Grenzfragen der Intensivmedizin" durch eine Subkommission der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) im Jahre 1999 haben sich die Möglichkeiten der Lebenserhaltung mit technischen und medikamentösen Mitteln in hohem Masse weiter entwickelt. Entsprechend sind auch in der Bevölkerung die Erwartungen an die Erfolgsaussichten medizinischer Behandlungen bis ins höchste Lebensalter gewachsen. Die Intensivmedizin hat dabei gerade im Bereich der hochspezialisierten Medizin sowie bei der Behandlung polymorbider und hochbetagter Patienten einen wesentlichen Anteil an diesen medizinischen Errungenschaften. Allerdings befindet sie sich heute in einem Feld wachsender Spannungen zwischen Ansprüchen von Patienten, Angehörigen und zuweisenden Ärzten, den ethischen Fragestellungen nach der Sinnhaftigkeit bestimmter Interventionen und den von Politikern, Versicherern und Verwaltung vorgegebenen Grenzen des Finanzierbaren. Zusätzlich droht über die nächsten Jahre ein Mangel an hochqualifizierten Mitarbeitern in Pflege und Ärzteschaft, welcher das Risiko in sich birgt, dass die von der Intensivmedizin erwarteten Leistungen nicht mehr erbracht werden können.

Aus diesen Gründen genügen die im Moment noch aktuellen Schweizer medizin-ethischen Richtlinien nicht mehr und hat die SAMW hat eine neue Subkommission damit beauftragt, diese, auch unter Berücksichtigung des 2013 in der Schweiz neu in Kraft gesetzten Kinder- und Erwachsenenschutzgesetzes, zu überarbeiten (1).

I. Entwicklungen in der Intensivmedizin

Die Intensivmedizin ist ein relativ junges Fachgebiet, das sich in einer heute hochtechnisierten Umgebung mit hochqualifiziertem Pflege- und Facharztpersonal der Behandlung von vital bedrohten oder sogar vital kompromittierten Patienten mit potentiell günstiger Prognose quo ad vitam und auch bezüglich der Lebensqualität verschrieben hat. Damit hat dieses Fachgebiet einen wichtigen Anteil an der medizinischen Entwicklung der letzten fünfzig Jahre, ist aber auch mitverantwortlich für die Kostensteigerungen, die das Gesundheitswesen erfahren hat.

Der Beginn der Intensivmedizin geht in die frühen sechziger Jahre zurück. Sie hat sich parallel aus zwei verschiedenen Notwendigkeiten entwickelt. Zum einen hat man damals erkannt, dass Patienten nach einem akuten Myokardinfarkt in der Frühphase durch potentiell behebbare Rhythmusstörungen vital massiv gefährdet werden konnten, weshalb man solche Patienten monitorisiert und gleichzeitig Verfahren zur Behandlung solcher potentiell tödlicher Rythmusstörungen (inklusive der modernen Reanimationstechniken) entwickelt hat. Aus logistischen und organisatorischen Gründen wurden die Patienten in geeigneten Räumlichkeiten zusammengefasst, womit die kardiale Intensivstation geboren wurde.

Ebenfalls in diese Zeit bzw. schon etwas früher, in die späten fünfziger Jahre, fielen die ersten Polioepidemien, und die Erkenntnis, dass ein Teil dieser Patienten gerettet werden konnte, wenn sie über einen längeren Zeitraum (Wochen bis Monate) hinweg beatmet wurden. Die Beatmung wurde zuerst durch Medizinstudenten, später mittels neuentwickelter Beatmungsgeräte („eiserne Lungen") sichergestellt. Auch hier wurden die Patienten mit Personal und Geräten räumlich zusammengefasst, womit eine „respiratorische" Intensivstation entstand. Durch die Weiterentwicklung von Geräten, aber vor allem auch durch Forschung, Aus-, Weiter- und Fortbildung wurden die gewonnenen Erkenntnisse auch für andere Patienten eingesetzt. So sind beispielsweise die Entwicklung der Herzchirurgie, die Behandlung von Schwerverletzten/Brandverletzten, die Transplantationsmedizin – natürlich zwingend auch die Organspende – und andere grosse chirurgische Interventionen ohne die Intensivmedizin nicht denkbar. Im Laufe der Zeit haben sich dank dem intensivtherapeutischen Repertoire typisch intensivmedizinische Krankheitsbilder gezeigt, welche nur dadurch entstehen konnten, dass die Patienten bis zu deren vollen Ausprägung überhaupt überlebten. Dies sind zum Beispiel die schwere Sepsis bzw. der septische Schock, der kardiogene Schock, das akute Lungen-, Leber-, Nierenversagen, das schwere Hirn- und Polytrauma, das sequentielle multiple Organversagen und die Critically Ill Polyneuromyopathie. Die immer komplexeren Krankheitsbilder erforderten zahllose technische Entwicklungen wie Multiparametermonitore, Beatmungsgeräte, Nieren-, Leber- und Kreislaufunterstützungs- bzw. Ersatzgeräte. Parallel dazu wurde eine Vielzahl an Medikamenten entwickelt, welche die gestörten Organfunktionen unterstützen und kausale Ursachen (z.B. Infektionen) beheben konnte.

Durch die Weiterentwicklung der therapeutischen Möglichkeiten sowohl zur Sicherstellung des Überlebens in einer akut bedrohlichen Situation, aber auch zum Lebenserhalt über einen längeren Zeitraum hinweg hat sich der Fokus der Grenzen intensivmedizinischen Handelns in den letzten fünfzehn Jahren deutlich verschoben. Während in den früheren Jahren aufgrund der beschränkteren Möglichkeiten der Zeitdruck und damit die ungenügenden Kenntnisse über den Patienten einen wesentlichen Einfluss auf intensivmedizinische Entscheidungen hatten, befinden wir uns heute immer wieder in der Lage, das Leben mittels apparativem und medikamentösem Support aufrecht erhalten zu können, ohne dass der Patient von dieser Therapie wirklich profitieren kann. Aus diesem Grund wird heute bei über neunzig Prozent der Patienten, die auf einer Intensivstation oder unmittelbar danach auf der Abteilung versterben, aktiv entschieden, die Therapie einzuschränken oder abzubrechen.

Die Entwicklung neuer Techniken in der Chirurgie, Anästhesiologie und von neuen nicht-chirurgischen Interventionen sowie die Sicherheit bei deren Anwendung erlaubt es, immer kränkeren und älteren Patienten Therapien anzubieten, die in den neunziger Jahren nicht zur Diskussion standen und die zum Teil bereits präinterventionell, sicher aber postinterventionell den Einsatz intensivmedizinischer Massnahmen notwendig machen. Dazu gehören z.B. grosse herz-/ gefässchirurgische und interventionell-kardiologische Eingriffe, (neuro-)radiologische Interventionen, die grosse Tumor- und Metastasenchirurgie (oft in Kombination mit Chemo- und Radiotherapie), viele orthopädisch/traumatologische Eingriffe (Gelenksprothesen, Frakturosteosynthesen, Wirbelsäuleneingriffe) und die komplexe Transplantationschirurgie (Lungen-, Leber-, Dünndarm- und Multiorgantransplantation), um nur einige zu nennen. Dabei sind weniger die einzelnen Eingriffe per se, sondern vielmehr ihr Ausmass auch bei alten und multimorbiden Patienten neu. Auch eine Vielzahl von internistischen Erkrankungen, die zumindest vorübergehend zu einer vitalen Gefährdung der oft polymorbiden Patienten führen, werden heute auf Intensivstationen mit multimodalen Therapieansätzen behandelt. Aus der Literatur wissen wir, dass das Alter per se keinen wesentlich negativen Einfluss auf den mittelfristigen Outcome hat, die Komorbiditäten (die natürlich häufig mit dem Alter kovariieren) jedoch schon. Zudem muss beim alten Menschen auch die spontane Lebenserwartung, die natürlich kürzer ist als bei Jüngeren, in Betracht gezogen werden. Von Karzinompatienten wissen wir, dass zwei Jahre nach Intensivtherapie noch etwa zwanzig Prozent der Patienten am Leben sind (2). Diese Beispiele zeigen, dass in der heutigen Medizin nicht nur das Überleben per se, sondern vor allem auch die Lebensqualität, durchaus auch über einen nur beschränkten Zeitraum, im Fokus der Behandlungen stehen.

Nicht zuletzt sind die Ansprüche von Patienten und Angehörigen, aber auch von Ärzten an die medizinische Versorgung sowie die Vorstellungen darüber, was die moderne Medizin leisten sollte, stetig gewachsen. Zusammen mit dem neuen Schweizer Kinder- und Erwachsenenschutzrecht, in welchem das Mitspracherecht der Angehörigen heute stark aufgewertet wird, sind damit aber auch Konflikte

vorprogrammiert, die auf unterschiedlichen Einschätzungen von Möglichkeiten und der Sinnhaftigkeit einer intensivmedizinischen Versorgung beruhen. Die Subkommmission der SAMW hat versucht, mit den neuen Richtlinien diesen Entwicklungen Rechnung zu tragen.

II. Arbeit der Subkommission

Die Subkommission setzte sich aus Fachleuten verschiedenster Provenienz zusammen: Neben dem Fachgebiet Intensivmedizin waren die Intensiv-Pflege, die Gebiete Notfallmedizin, Chirurgie, Innere Medizin bzw. Nephrologie, Pädiatrie/Notfallmedizin, Akutgeriatrie, Rehabilitation, Jurisprudenz sowie Ethik in der Kommission vertreten. Anlässlich der ersten Kommissionstagung wurde eine Auslegeordnung über die zu thematisierenden Aspekte erstellt, die anschliessend in halb- und ganztägigen Sitzungen sowie einem zweitägigen Seminar bearbeitet wurden, mit dem Ziel, möglichst griffige Definitionen und Handlungsvorschläge für intensivmedizinisch Tätige anzubieten. Da die Intensivmedizin nicht isoliert betrieben wird, war es der Kommission wichtig, Aspekte, die über die Intensivstation hinaus in die angrenzenden Fachgebiete (Notfallmedizin, interventionelle Fachgebiete, Psychiatrie, Rehabilitationsmedizin usw.) hineinreichen, ebenfalls zu thematisieren, da durch diese intensivmedizinische Entscheidungen massgeblich mitbeeinflusst werden. Eine grosse Herausforderung bei der Richtlinienbearbeitung bestand darin, einheitliche Definitionen und einen einheitlichen Sprachgebrauch einzuführen, um damit Handlungsvorschläge klarer formulieren zu können. Daher soll im Folgenden auf einige von diesen genauer eingegangen werden. Weitere Herausforderungen bestanden in der Erarbeitung von Richtlinien für besondere Situationen (Notfallsituationen, hochbetagte Menschen, Pflegebedürftigkeit und Behinderungen, Suizidalität, um nur einige zu nennen), wobei hier besonders darauf einzugehen war, dass das Abschätzen des Krankheitsverlaufes während und nach Intensivtherapie nach wie vor mit grossen Unsicherheiten behaftet ist. Trotzdem versuchte die Kommission so konkret und griffig wie möglich auf die einzelnen Thememenkreise einzugehen, mit dem Ziel, dass die Richtlinien auch im Alltag hilfreich genutzt werden können.

Die meines Erachtens grösste Herausforderung bestand darin, in den Empfehlungen die Patientenautonomie bzw. den mutmasslichen Willen einer nicht (mehr) urteilsfähigen Person im Kontext der Intensivmedizin adäquat zu gewichten. Nachdem bis in die 1990er Jahre noch eine eher paternalistische Haltung gegenüber Patienten und Angehörigen vorherrschte, bei der der Arzt in der Regel wusste, was für den Patienten gut ist, hat sich diese Haltung während der letzten Jahre zunehmend gewandelt. Endpunkt dieser Entwicklung stellt das seit Januar 2013 geltende Kinder- und Erwachsenenschutzgesetz dar, welches die Patientenautonomie, wohl aus Erkenntnissen aus der Vergangenheit, massiv gestärkt hat. In diesem Gesetz wurde dabei vorwiegend berücksichtigt, dass das Recht, (auch sinn-

volle) Therapien und Interventionen abzulehnen, durch rechtlich bindende Patientenverfügungen, Einsetzen einer rechtlichen Vertretungsperson oder durch die Erwachsenenschutzbehörde gesichert werden muss. Dass die gleichen Instrumente allerdings auch genutzt werden könnten, um das Ausschöpfen sämtlicher Therapiemöglichkeiten zu verlangen, auch wenn die Ziele der Intensivmedizin damit nicht erreicht werden können, wurde kaum berücksichtigt. Die Kommission hat hier versucht, den Einfluss der Experten zu erhalten, was in der laufenden Vernehmlassung zu diversen Anregungen zur Klärung führte.

III. Begriffsklärungen

Unter Berücksichtigung der medizin-ethischen Grundsätze waren zuerst die *Prognose* und die zu erwartende *Lebensqualität* im intensivmedizinischen Kontext zu definieren, da sich die Frage, „ob eine intensivmedizinische Massnahme zur Lebenserhaltung dem Wohl des Patienten dient oder ihm Schaden zufügt, zum einen an der Prognose des künftigen Gesundheitszustands des Patienten, zum anderen an dessen eigenen Vorstellungen davon, unter welchen Bedingungen er (noch) leben bzw. am Leben erhalten werden will“ (Lebensqualität), bemisst (1). Die Prognose als Grundlage zur Bewertung der Sinnhaftigkeit intensivmedizinischer Massnahmen und damit der Ziele der Intensivbehandlung ist demzufolge die Abschätzung, ob „der Patient in ein Lebensumfeld zurückkehren kann, dessen Qualität mit seinen Haltungen und Präferenzen vereinbar ist“, womit zu akzeptieren ist, dass „die Schwelle dessen, was noch als angemessen bezeichnet wird, von Patient zu Patient erheblich variieren kann.“ (1) Aufgrund der Unsicherheiten in der Beurteilung der oft komplexen medizinischen Ausgangslage, dem zu erwartenden Outcome sowie der Präferenzen des Patienten gehört die Abschätzung der rein medizinischen Prognose nach wie vor zu den sehr schwierigen Aufgaben der Intensivmedizin, insbesondere da mitberücksichtigt werden muss, dass die Langzeitmortalität und -morbidität im Vergleich zu einem Kollektiv von Patienten ohne Intensivbehandlung deutlich erhöht sind. „Massgeblich für intensivmedizinische Entscheide ist deshalb primär die Prognose bezüglich des Überlebens des akuten lebensbedrohlichen Zustands, dagegen nicht die mittel- oder längerfristige Lebenserwartung.“ (1) Die Prognose bezüglich der Lebensqualität ist äusserst komplex: „Nicht nur ist die Prognose der zu erwartenden Funktionsfähigkeit im Alltag unsicher, auch die subjektive Bewertung von Einschränkungen und Behinderungen ist sehr individuell, weshalb die zu erwartende Funktionsfähigkeit nicht einfach mit Lebensqualität gleichgesetzt werden kann. Da der Patient in der kritischen Phase meist nicht zu ausführlichen Erörterungen fähig ist und häufig keine Patientenverfügung vorliegt, ist das Gespräch mit Menschen, die dem Patienten nahestehen, oft der einzige Weg, um Hinweise auf seine Einschätzungen und Präferenzen zu erhalten.“

Wenn die Zielerreichung der Intensivtherapie in Frage gestellt ist, sind intensivmedizinische Massnahmen „entweder aussichtslos oder wirkungslos, wobei

diese Kriterien klar unterschieden werden müssen." „*Aussichtslos* (in der englischsprachigen Literatur oft unscharf mit dem Begriff ‚futile' beschrieben) ist eine Therapie dann, wenn entweder von vornherein oder aber im Verlauf der Behandlung festgestellt werden muss, dass der Patient nicht mehr in ein angemessenes Lebensumfeld zurückkehren kann. Was ein angemessenes Lebensumfeld bedeutet, hängt dabei vom Willen und den Präferenzen des Patienten ab, muss aber mindestens eine ausserhalb der Intensivstation realisierbare Langzeitbetreuung beinhalten." (1) Wenn die Therapie aussichtslos ist, muss sie im Sinne des Nichtschadens abgebrochen werden. „*Wirkungslos* ist eine Therapie, wenn das angestrebte Therapieziel nicht erreicht wird, selbst wenn eine kurzzeitige Verbesserung einzelner physiologischer Parameter erzielt werden kann. In der Folge zeigt sich typischerweise eine Verschlechterung des Zustands des Patienten unter maximaler Intensivtherapie, ohne dass eine potentiell behebbare Ursache gefunden wird. (...) Ob eine grundsätzlich indizierte Therapie wirkungslos ist, lässt sich erst feststellen, wenn sie effektiv begonnen und über einen bestimmten Zeitraum, der aufgrund der Umstände zu definieren ist (z.B. 24-48 Std.), adäquat durchgeführt wurde." (1) Damit ein hoher Anteil wirkungsloser Therapien von längerer Dauer vermieden werden kann, ist dann nach sorgfältiger Analyse, ob die für den Patienten avisierten Ziele noch zu erreichen sind, aufgrund der Wahrscheinlichkeit zu entscheiden, ob und in welchem Umfang die Intensivtherapie weitergeführt werden soll.

IV. Zentrale Themen der Richtlinien

1. Einbezug von Patient und Angehörigen unter Berücksichtigung des neuen Kinder- und Erwachsenenschutzrechts

Das neue Erwachsenenschutzrecht hält fest, dass nicht nur wie bis dato eine urteilsfähige Person festlegen kann, welchen medizinischen Massnahmen sie im Fall ihrer Urteilsunfähigkeit zustimmt und welche sie ablehnt, sondern dass sie auch eine Person bezeichnen kann, die an ihrer Stelle über die medizinischen Massnahmen *entscheiden* soll.

Die Ärzte sind verpflichtet, einer allfälligen Patientenverfügung zu entsprechen, ausser wenn sie unzulässige Anweisungen enthält (direkte aktive Sterbehilfe) oder wenn sie begründete Zweifel hegen, dass sie dem Willen des Patienten entsprechen. Hat die urteilsunfähige Person keine Patientenverfügung errichtet oder ist die Patientenverfügung wegen Formmängeln ungültig, berücksichtigen die vertretungsberechtigten Personen den mutmasslichen Willen und die Interessen des Patienten. Das neue Erwachsenenschutzrecht legt fest, welche Personen der Reihe nach berechtigt sind, an Stelle des Patienten über medizinische Massnahmen zu entscheiden: der Beistand mit einem Vertretungsrecht bei medizinischen Massnahmen, der Ehegatte bzw. der eingetragene Partner oder die eingetragene Partnerin, der Konkubinatspartner, die Nachkommen, die Eltern und schliesslich die

Geschwister. Falls Uneinigkeit besteht, die auch in Gesprächen nicht ausgeräumt werden kann, muss die Kinder- bzw. die Erwachsenenschutzbehörde (früher Vormundschaftsbehörde) eingeschaltet werden.

Wie bereits oben erwähnt, fokussiert das Kinder- und Erwachsenenschutzgesetz u.a. auf die Stärkung der Patientenautonomie, dies vor allem im Bestreben, Patienten, die Interventionen ablehnen, rechtlich zu unterstützen. Allerdings werden die Intensivmediziner heute zunehmend mehr mit Forderungen konfrontiert, Therapien anzuwenden, welche weit über das medizinisch Sinnvolle hinausgehen und nicht selten die Prinzipien „nicht schaden“ bzw. „Gerechtigkeit“ verletzen würden. Begünstigt wir das u.a. durch die, auch medial geförderte, Hochstilisierung der Behandlungsmöglichkeiten und -erfolge. Zudem hat der in den letzten Jahren ebenfalls durch die Medien geförderte Vertrauensschwund in die medizinischen Leistungserbringer dazu geführt, dass nicht mehr automatisch davon ausgegangen wird, dass diese von sich aus das maximal Sinnvolle für den Patienten tun. Nicht zuletzt wird dies auch durch Versprechungen alimentiert, die im Vorfeld einer medizinischen Intervention durch die Ärzte gemacht werden. Da auch die intensivmedizinischen Spezialisten aufgrund der Komplexität von Intensivpatienten selbst bei bestem Weiterbildungs- und Fortbildungsstand häufig nur auf der Basis von Wahrscheinlichkeiten entscheiden können, fragt es sich, auf welcher Entscheidungsgrundlage häufig zusätzlich emotional belastete Laien, aber auch die Erwachsenenschutzbehörde, entscheiden sollen, ob eine Therapie wirklich indiziert und sinnvoll für den Patienten ist. Das Risiko, dass im Zweifelsfall immer zu Gunsten der Weiterführung der Therapie entschieden wird, ist dabei sehr gross, auch wenn die Erfolgsaussichten noch so klein sein mögen. Aus Staaten, in welchen die Angehörigen oder allenfalls der Richter das letzte Wort haben, wissen wir, dass dies in der Intensivmedizin dazu führt, dass die Intensivstationen zunehmend mit Patienten ohne Aussicht auf einen Behandlungserfolg im weiteren Sinne belegt sind, was einerseits den Zugang für solche mit guten Chancen behindert oder gar verunmöglicht und dazu die Kosten der Medizin exzessiv in die Höhe treibt, ganz abgesehen von der unnötigen Belastung von Patienten und Angehörigen. Zudem ist wiederholt gezeigt worden, dass die Überbürdung solcher Entscheidungen an die rechtlichen Vertreter bzw. Angehörigen oft zu einer schweren Belastungssituation und einem posttraumatischen Stresssyndrom führen kann.

Bei der Erarbeitung der Richtlinien hat die Kommission deshalb versucht, auch das Recht zur Ablehnung nicht indizierter Therapien durch den Spezialisten zu thematisieren. So wird z. B. bezüglich des Umfangs der Intensivtherapie festgehalten, dass „der Entscheid, ob und in welchem Umfang eine Intensivtherapie durchgeführt wird, durch das Behandlungsteam (Ärzte, Pflege- und Physiotherapiefachpersonen) unter Einbezug des Patienten bzw. des von ihm eingesetzten rechtlichen Vertreters oder der Angehörigen, *nicht aber durch Delegation* an sie, abgestützt werden muss“ und „dass die letzte Entscheidungsverantwortung, ob eine intensivmedizinische Therapie indiziert ist oder nicht, bei den behandelnden Ärzten der Intensivstation liegt.“(1)

Und weiter: „Grundsätzlich besteht kein Anspruch auf die Durchführung von medizinisch sinnlosen, d.h. wirkungslosen oder aussichtslosen Therapien. Der Entscheid, eine geforderte intensivmedizinische Massnahme nicht durchzuführen oder abzubrechen, muss jedoch nachvollziehbar und verständlich begründet werden. Angehörige, die nicht davon überzeugt werden können, dass die geforderte intensivmedizinische Massnahme das Ziel der Rückkehr in ein angemessenes Lebensumfeld nicht erreichen kann, brauchen häufig zusätzliche Zeit und wiederholte Gespräche. Es kann zudem hilfreich sein, die Angehörigen auf die Möglichkeit des Einholens einer Zweitmeinung aufmerksam zu machen und ihnen eventuell eine Verlegung des Patienten in ein anderes Spital anzubieten."(1)

Im Umgang mit intensivmedizinischen Patienten, aber auch mit deren Angehörigen, muss berücksichtigt werden, dass „auch bei wachen intensivmedizinischen Patienten Krankheitsgeschehen und Medikamentenwirkungen oft zu erheblicher Beeinträchtigung der kognitiven Funktionen, zu Wahrnehmungsstörungen und Angstzuständen führen können."(1) Obwohl der geäusserte oder mutmassliche Wille des Patienten dem Willen der Angehörigen übergeordnet bleibt, kommt den Angehörigen deshalb eine grosse Bedeutung zu. Aus diesen Gründen sollten bzw. müssen diejenigen Personen, die dem Patienten nahe stehen oder gar von ihm als gesetzliche Vertreter bezeichnet worden sind, in die Entscheidungsfindung einbezogen werden. Allerdings muss berücksichtigt werden, *dass auch bei den Angehörigen die Fähigkeit, das Besprochene zu verstehen, oft stark eingeschränkt ist* und deshalb nicht selten über ungenügende Informationen geklagt wird. Es ist deshalb wichtig, dass das *Aufklärungs- und Informationsgespräch* verständlich … geführt wird und dass dafür ein realistischer Zeitrahmen – auch für Nachfragen – eingeplant wird. (…) Bei schwierigen Gesprächen kann es sinnvoll sein, am Ende des Gesprächs eine kurze Zusammenfassung des Verstandenen zu erfragen und den Inhalt schriftlich zu dokumentieren."(1)

2. Welche Patienten sollen mit welchem Therapieumfang auf einer Intensivstation aufgenommen werden?

Auf eine Intensivstation aufgenommen bzw. wiederaufgenommen werden Patienten in einem lebensbedrohlichen Zustand oder mit dem Risiko auf Entwicklung eines solchen. „Die Intensivtherapie ist bei diesen Patienten aber nur dann indiziert, wenn die Aussicht besteht, dass die Rückkehr in ein angemessenes Lebensumfeld möglich ist. Die Tatsache, dass ein Patient bereits auf einer Intensivstation behandelt wurde, präjudiziert deshalb nicht, dass er a priori wiederaufgenommen werden muss, wenn die Ziele der Intensivtherapie mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht mehr erreicht werden können. Sterbende Patienten sowie Patienten ohne Aussicht darauf, je wieder von intensivmedizinischen Massnahmen unabhängig zu werden, sollen demzufolge unter normalen Umständen nicht auf eine Intensivstation aufgenommen werden. (…) Bei allen Aufnahmeentscheiden übernimmt der

verantwortliche Arzt der Intensivstation die Rolle des Gate-Keepers und trägt auch die Verantwortung für den medizinischen Entscheid."(1)

Die Aufnahme auf eine Intensivstation präjudiziert allerdings nicht, dass bei jedem Patienten alles, was technisch möglich ist, auch in vollem Umfang durchgeführt werden muss. In Abhängigkeit von der Ausgangssituation gibt es verschiedene Grade der Limitierung intensivmedizinischer Interventionen. So kann „bei Patienten mit grundsätzlich günstiger Kurzzeitprognose (Spitalentlassung), aber ungünstiger Langzeitprognose (z.B. hohes Alter v.a. mit Komorbiditäten, malignem Grundleiden, chirurgischem Eingriff mit palliativem Charakter) eine möglichst früh und umfassend eingeleitete, aber *zeitlich befristete Intensivtherapie* zur Überbrückung vorübergehender Organdysfunktionen oder -versagen indiziert sein. Diese kann solange weitergeführt werden, wie Aussicht besteht, dass der Patient innerhalb eines vorher zu definierenden Zeitraums die Intensivstation und anschliessend auch das Spital verlassen kann. Schwere Komorbiditäten, eine altersbedingte Beeinträchtigung des Gesundheitszustands, aber nicht das Alter per se, und andere Gründe für eine ungünstige mittel- und langfristige Prognose können eine *a priori inhaltlich limitierte Intensivtherapie* (z.B. Verzicht auf Reanimationsmassnahmen, Verzicht auf Beatmung, Nierenersatz usw.) begründen. Dabei ist es wichtig, dass dies – sofern zeitlich möglich - bereits im Vorfeld besprochen, festgelegt und dokumentiert wird. Dabei ist zu vermeiden, dass aufgrund von Zweifeln an der Wirksamkeit bzw. am Erfolg einer Intensivtherapie der Therapieausbau limitiert oder das Ausmass einzelner Therapien plafoniert wird. Dies beinhaltet das Risiko, dass eine ungenügende Therapie dem Patienten die Grundlage für eine Erholung entzieht. Eine inhaltliche Therapielimitierung ist deshalb, wenn sie nicht schon vorgängig beschlossen worden ist, nur dann - und ausschliesslich in einem zeitlich eng begrenzten Rahmen - legitim, wenn mehr Zeit zur Entscheidungsfindung benötigt wird. Abgesehen von dieser Situation sollte die Therapie für einen begrenzten Zeitraum voll durchgeführt und eine inhaltliche Therapielimitierung bzw. eine Umstellung auf Palliative Care erst erfolgen, wenn die Aussichtslosigkeit mit hinreichender Sicherheit angenommen werden kann." (1)

3. Unterstützung des Behandlungs- und Betreuungsteams

Pflegefachpersonen und Ärzte auf der Intensivstation sind in ihrem Alltag psychisch belastenden Situationen ausgesetzt. Zu diesen gehören insbesondere der Therapieverzicht bzw. -abbruch in aussichtslosen Situationen, der Umgang mit belasteten Angehörigen oder die Betreuung von potentiellen Organspendern. Das persönliche Erleben, der Umgang mit solchen Situationen und ihre Bewältigung sind von Mensch zu Mensch unterschiedlich. Studien zeigen, dass bei den in der Intensivmedizin tätigen Ärzten und Pflegefachpersonen psychische Erschöpfungssymtome (Burnout) nicht selten sind (3). Die Belastung wird durch den Mangel an qualifiziertem Personal zusätzlich verstärkt. Aus diesen Gründen sollten unterstüt-

zende Angebote, z.B. für retrospektive Fallbesprechungen, zur Supervision oder für die Stressbewältigung vorhanden sein.

V. Fazit und Ausblick

Angesichts des zunehmenden Bedarfs an intensivmedizinischen Leistungen, zudem der Tatsache, dass der unbedachte Einsatz intensivmedizinischer Massnahmen alle medizin-ethischen Prinzipien (Gutes tun, nicht schaden, Patientenautonomie und Gerechtigkeit) verletzen kann, und nicht zuletzt im Hinblick auf die limitierten personellen und ökonomischen Ressourcen braucht es griffige und alltagstaugliche Richtlinien, um mit den verschiedenen Ansprüchen und Herausforderungen im intensivmedizinischen Alltag umgehen zu können. Die Erarbeitung solcher Richtlinien durch die Kommission der SAMW hat sich als sehr anspruchsvolles, mit Blick auf die Rückmeldungen aus dem Vernehmlassungsverfahren aber offensichtlich erfolgreiches Vorhaben entpuppt. Ein zu diskutierender Punkt betrifft die Berücksichtigung des neuen Kinder- und Erwachsenenschutzrechts im spezifischen Kontext der Intensivmedizin, insofern hier auch kritische Rückmeldungen vor allem von Juristen und Ethikern eingegangen sind.

Literatur

1. Stocker R, Berner M, Binet I, Bürgi U, Fischer J, Gardaz V, Grob D, Hager U, Kätterer C, Kind C, Ricou B, Salathé M, Wildi S. SAMW-Richtlinien „Intensivmedizinische Massnahmen“ : in Vernehmlassung (http://www.samw.ch/de/Ethik/Richtlinien/Richtlinien-in-Vernehmlassung.html)

2. Staudinger T. et al. Outcome and prognostic factors in critically ill cancer patients admitted to the intensive care unit. Critical Care Medicine 2000;28:1322-1328

3. Merlani P et al. STRESI+ Group. Burnout in ICU caregivers: a multicenter study of factors associated to centers. Am J Respir Crit Care Med 2011;184:1140-6



RECHT

Gerechter Einsatz knapper Ressourcen bei Patienten am Lebensende – die medizinstrafrechtliche Perspektive

Prof. Dr. jur. Detlev Sternberg-Lieben

I. Verhältnis von Arzt-Ethik und (Straf-)Recht

Ohne die Bedeutung arztethischer Vorgaben gerade auch für die sachgerechte Behandlung hochbedeutsamer Entscheidungen über Leben und Tod kleinreden zu wollen, muss doch vorab festgehalten werden, dass sich aus – wie auch immer zu bestimmenden[1] – arztethischen Prinzipien für die nachfolgend untersuchte Fragestellung keine zwingenden und ausschlaggebenden Kriterien entwickeln lassen. Zwar überschneiden sich auch im Bereich der Sterbehilfe wie generell im ärztlichen Berufsfeld Ethik und Recht.[2] Das Bundesverfassungsgericht[3] betonte in seiner Entscheidung aus dem Jahr 1979 zu Recht die gemeinsame Schnittmenge der zwei sich schneidenden Kreise von Recht und Ethik. In diese Richtung zielen weitere höchstrichterliche Judikate: So stufte der Bundesgerichtshof[4] das Arzt/Patienten-Verhältnis als eine „Vertrauensbeziehung ein, die weit mehr sei als eine juristische

---

[1] Als Beispiel seien hier nur die vier altbekannten Prinzipien der Medizinethik von *Beauchamp/Childress*, Principles of biomedical ethics, New York: 5. Aufl. 2001, passim, genannt: Respekt vor der Autonomie des Patienten, Nicht-Schaden, Fürsorge sowie Gleichheit/Gerechtigkeit.

[2] *Verf.* in: Binet (Hrsg.), Droit et vieillissement de la personne, 2008, S. 181, 184 f.

[3] BVerfGE 52, 131, 170.

[4] BGH(Z) NJW 1959, 811, 813.

Vertragsbeziehung"; das Bundesverwaltungsgericht[5] hielt fest, dass der Arzt in „entscheidenden Augenblicken seiner Tätigkeit … sich … in einer unvertretbaren Einsamkeit [findet], in der er allein auf sein Gewissen gestellt ist."

Auch ist keineswegs die unentbehrliche und wertvolle Ergänzungsfunktion medizinischer Ethik zu bestreiten, ohne die letztlich das Recht seine steuernde Wirkung nicht oder zumindest nur eingeschränkt entfalten könnte.[6] Da aber der Rechtsordnung die originäre Funktion zukommt, als der für alle Bürger gemeinsamen Friedensordnung die Grenzen zulässigen Verhaltens der Bürger untereinander zu bestimmen, ist auf deren Handlungsanweisung zu bestehen: Nur das staatlich gesetzte Recht bildet angesichts der Pluralität der Lebensverhältnisse und höchstpersönlichen Entwürfe eines guten Lebens die allen Bürgern noch gemeinsame Handlungsanleitung.[7] Es ist das staatlich gesetzte und angewandte Recht, das sicherzustellen hat, dass der Patient nie zum bloßen Objekt wird, sondern stets Subjekt ärztlicher Behandlung bleibt. Werden ethische Vorgaben in die Rechtsordnung übernommen, so verlassen sie den Bereich der Ethik und werden Teile der Rechtsordnung.[8] Die Rechtsanwendung ist dann gegenüber der moralischen Norm (als ihrem Ausgangspunkt) selbstständig;[9] es handelt sich mithin um eine (straf)gesetzmediatisierte Moralgültigkeit.

Hiermit soll nicht die durchaus bedeutsame Entlastungsfunktion in Abrede gestellt werden, die der Standesethik für das Recht zukommt. Da man Recht und Moral als sozusagen kommunizierende Röhren[10] ansehen kann, kommt ärztlicher

---

[5] BVerwG NJW 1969, 218, 219.

[6] Zur normausfüllenden und -konkretisierenden Funktion arztethischer Prinzipien hat *Engisch* bereits 1977 i.Z.m. Fragen der Sterbehilfe erkannt (Dreher-FS, 1977, S. 309, 327), dass die Konflikte und Aporien ärztlicher Tätigkeit vom Juristen nicht ohne Rückgriff auf den Sinn des ärztlichen Berufs und dessen Ethos entschieden werden können.

[7] *Verf.*, Amelung-FS, 2009, S. 325, 332. Damit soll nicht in Abrede gestellt werden, dass das (Straf-) Recht auf ethisch bedeutsame Sachverhalte wie etwa die Rechtsgüter von Leben und Gesundheit regelnd zugreift und damit ein beziehungsloses Nebeneinander von Recht und Ethik abzulehnen sein dürfte (Nachweise bei *Verf.*, ebd., S. 332 in Fn. 45). Allerdings dürfte – allgemein gesprochen – die medizinische Steuerung des Rechts (z.B. durch dessen Anknüpfen an standesethische Vorstellungen oder im haftungsrechtlichen Rekurs auf ärztliche Leitlinien) größer sein als umgekehrt die rechtliche Steuerung der ärztlichen Praxis. Selten gibt entgegengesetzt die Rechtsordnung der Medizin den Takt vor; Fragen der Sterbehilfe haben allerdings infolge der beim Patienten auf dem Spiel stehenden hochwertigen Rechtspositionen hierzu zu zählen.

[8] In den Worten von *Engisch*, Die Einheit der Rechtsordnung, 1935/1987, S. 26, Anm. 3: "Einverleibt wird vielmehr nur der in Bezug genommene Norminhalt (*ergänze*: von Normen der Moral und Sitte), man kann auch sagen: Es werden einverleibt die Worte als Sinnträger."

[9] Insoweit kann auf das Ringen um eine Inhaltsbestimmung der Menschenwürdegarantie des Art. 1 I GG verwiesen werden: Sicherlich kann diese Garantie in ihrer Konkretisierung durch die sog. Objektsformel (etwa BVerfGE 27, 1, 6) als Bezugnahme auf die rechtsphilosophischen Überlegungen Immanuel Kants (Instrumentalisierungsverbot) gewertet werden. Hieraus folgt aber keineswegs, dass ihre Auslegung oder strafgesetzgeberische Überlegungen (etwa im Zusammenhang mit einer Suizidmitwirkung) sich an den rechtsphilosophischen Überlegungen des Königsberger Philosophen zu orientieren hätte (s.a. *Fechner* JZ 1986, 653, 654 f.; *Stern*, Staatsrecht der BRD, Bd. III/1, 1988, § 58 I 1 [S. 9]): Hierdurch würde für die verfassungsrechtliche Auslegung keine höhere Ebene besserer Erkenntnis erlangt.

[10] Je stärker die arztethische Binnensteuerung erfolgt, desto eher kann sich das Recht auf eine – dann allerdings auch unerlässliche! – Rahmensetzung beschränken; umgekehrt würden fehlende oder in

Standesethik zur Vermeidung sachwidriger Feinsteuerung durchaus eine bedeutsame Entlastungsfunktion zu: Das Recht sichert, aber belässt eben auch Freiheitssphären, in denen dann sittliche Entscheidungen erst getroffen werden können. Des Weiteren begründet ärztliche Ethik erst die für die Wirksamkeit rechtlicher Vorgaben unerlässliche rechtliche Gesinnung. Aussagen medizinischer Ethik vermögen im Zusammenhang mit der hier untersuchten Fragestellung in drei Richtungen Relevanz zu entfalten:

Zum einen können sie dem Gesetzgeber als zu berücksichtigende (aber eben nicht allein bestimmende) Programmatik bei einer ausdrücklichen Regelung der Sterbehilfe dienen. Zum anderen kommen sie als Auslegungshilfe für den Rechtsanwender in Betracht, wenn etwa ein Behandlungsabbruch bei einem dauerhaft völlig kommunikationsunfähigen Menschen aus der Zielsetzung ärztlichen Handelns hergeleitet wird.[11] Schließlich – und dies ist nicht ihre geringste Funktion – dient sie dem Arzt (hoffentlich) als handlungsleitendes Kriterium.

Bereits zu Beginn meiner Ausführungen ist das Spannungsverhältnis zu betonen, das zwischen einer – auch arztethisch gesteuerten – Selbstregulierung ärztlicher Tätigkeit einerseits, der Unentbehrlichkeit rechtlicher Grenzziehung zum Schutze des Patienten andererseits besteht. Wenn es mithin auch und gerade im Bereich der Sterbehilfe kein ärztliches Handeln in einem gleichsam rechtsentlassenen (ausschließlich arztethisch gelenkten) Bereich geben kann,[12] so muss doch die rechtliche Vorgabe einen von der Sache her unerlässlichen medizinisch-ärztlichen „Freiraum“ anerkennen, in dem der Arzt tätig wird.[13] Das Recht hat mithin insoweit einen bloßen Rahmen im Sinne einer Grenzkontrolle zu bilden, wie dies – um ein anderes Spannungsfeld ärztlicher Selbststeuerung und rechtlicher Regulierung heranzuziehen – i.Z.m. ärztlicher Verantwortlichkeit für Behandlungsfehler bei der von der Rechtsordnung anerkannten Therapiefreiheit innerhalb des ärztlicherseits selbst definierten Standards der Fall ist.[14] Erst dieser Freiraum eröffnet ärztlichem Tätigwerden die Möglichkeit, im Einzelfall zugunsten des Patienten sachangemessene Lösungen zu verwirklichen.

---

ihrer Bedeutung schwindende arztethische Vorgaben die Rechtsordnung dazu zwingen, stärker feinsteuernd regelnd einzugreifen.

[11] So *Eser* in: Schönke/Schröder, Strafgesetzbuch, 28. Aufl. 2010, Vor § 211 Rn. 29; hierzu dann aber später noch im Text.

[12] Dem stehen staatliche Schutzpflichten für die Grundrechtsgüter Leben (bedroht durch die Entscheidung zum Behandlungs„abbruch“) aber umgekehrt eben auch für die körperliche Integrität (tangiert durch Weiterbehandlung) und Menschenwürde des Patienten (Recht auf seinen eigenen, „natürlichen“ Tod) entgegen.

[13] Ohnehin ist ethisch bedeutsames Verhalten im Alltag ärztlicher Berufsausübung vielfach rechtlich gar nicht zu steuern (denkt man nur bspw. an Einfühlsamkeit mit dem Kranken).

[14] Vgl. *Verf.*, in: Schönke/Schröder (o. Fn. 11), § 15 Rn. 219.

II. Rechtslage de lege ferenda

Ehe sich der Blick auf die Beurteilung von „Abbruch“-Entscheidungen[15] anhand der gegenwärtigen Rechtslage richtet, soll zunächst betont werden, dass auf dem Gebiet der Sterbehilfe eine – über die nur partielle Regelung der Patientenverfügung in den §§ 1901a ff. BGB hinausgreifende – Regelung geboten ist. Da nämlich der Gesetzgeber gerade auch zur Wahrung grundgesetzlich geschützter Freiheitssphären wesentliche, zu Grundrechtseinschränkungen führende Entscheidungen selbst zu treffen hat,[16] wäre eine gesetzgeberische Leitentscheidung gerade im hier thematisierten Bereich vonnöten. Dass jeder Gesetzesvorschlag eingehende Diskussionen hervorrufen und auf den verfassungsrechtlichen Prüfstand gestellt werden wird, dies versteht sich von selbst, denkt man nur an die ja nicht von vornherein unplausible Regelung, die in § 214 AE-Sterbehilfe im Jahre 1986 vorgeschlagen wurde:[17] „Bei Sterbenden oder irreversibel Bewusstlosen ist eine medizinische Behandlung nicht geboten.“[18] Diesen gesetzlich vorgegebenen Rahmen auszufüllen, dies wäre dann ärztlicher Tätigkeit überantwortet. Es wäre also im Falle von § 214 AE-Sterbehilfe 1986 von der ärztlichen Profession zu bestimmen, wann konkret der Sterbeprozess beginnt bzw. wann die beim Patienten vorliegende Bewusstlosigkeit irreversibel wäre. Als Beispiel für eine entsprechende Arbeitsteilung zwischen Recht und Medizin findet sich – um im weiteren Umfeld des abgehandelten Themas zu verbleiben – beim Todesbegriff: Die Frage, ab wann von einem Tod des Menschen zu sprechen ist, ist gesetzlich zu entscheiden.[19] Wie der gesetzlich umschriebene Todeseintritt medizinisch sicher festzustellen ist, dies obliegt medizinisch-ärztlicher Tätigkeit.[20]

In die zukünftige gesetzliche Regelung könnte möglicherweise auch einbezogen werden, inwieweit ökonomische Erwägungen im Falle eines Behandlungsabbruchs mit zu berücksichtigen sind. Sicherlich ist eine explizite Rationierung auf Basis allgemein verbindlicher Regelungen (ggf. unter Heranziehung ärztlicherseits aufgestellter „kostensensibler Leitlinien“[21] der medizinischen Fachgesellschaften

---

[15] Hier sowie nachfolgend wird in Zusammenhang mit der Sterbehilfe zur Vermeidung von Missverständnissen der Begriff des Abbruchs in Anführungszeichen gesetzt, da insoweit regelmäßig eine Behandlungsumstellung weg von lebenserhaltender Maximaltherapie hin zur palliativen Versorgung des Patienten vorliegt.

[16] BVerfGE 47, 46, 49; NJW 1998, 2515, 2520.

[17] *Baumann* u.a. (Mitverf.), Alternativentwurf eines Gesetzes über Sterbehilfe (AE-Sterbehilfe), 1986, S. 13 (Begründung auf S. 15).

[18] Im späteren Alternativentwurf Sterbebegleitung (AE-StB), *Schöch/Verrel*, GA 2005, S. 553 ff., wurde eine einseitige Behandlungsbeschränkung bei irreversibel Bewusstlosen bewusst ausgeklammert: ebd. 569.

[19] Der – nicht unumstrittene – Gesamthirntod wurde indirekt durch § 3 Abs. 2 S. 2 Transplantationsgesetz gesetzlich festgeschrieben (s.a. *Eser* in: Schönke/Schröder [o. Fn. 11], Vor § 211 Rn. 20.)

[20] *Eser* in: Schönke/Schröder (o. Fn. 11), Vor § 211 Rn. 19, 19a.

[21] *Marckmann* in: Salomon (Hrsg.), Praxisbuch Ethik in der Intensivmedizin, 2009, S. 107, 109; *ders.*, schweiz. Gesellschaft f. biomedizinische Ethik, Bulletin Nr. 61 (2010), S. 5, 10 f.; *Marckmann/Strech*, ZME 55 (2009), 15, 23.

unter Berücksichtigung verfügbarer wissenschaftlicher Evidenz) gegenüber einer nur einzelfallbezogenen und noch dazu verdeckt erfolgenden impliziten „Rationierung am Krankenbett" vorzugswürdig. Es kann hier nicht weiter verfolgt werden, ob die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen derartige Einschränkungen überhaupt erfordert.[22] Allerdings erscheint dann doch – um wenigstens einen kleinen Seitenblick auf das Verfassungsrecht zu werfen –, eine Berücksichtigung ökonomischer Erwägungen in Fällen, in denen es um die Erhaltung menschlichen Lebens als Höchstgut geht, doch recht zweifelhaft. Es ist insoweit auf die sog. Nikolaus-Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts aus dem Jahre 1998 zu verweisen,[23] in der das Gericht verfügt hat, dass es „mit den Grundrechten … nicht vereinbar [sei], einen gesetzlich Krankenversicherten … von der Leistung einer von ihm gewählten ärztlich angewandten Behandlungsmethode auszuschließen, wenn eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung oder auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf besteht." Zwar hat das Bundesverfassungsgericht ebenda[24] ausgeführt, dass der „Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung … auch von finanzwirtschaftlichen Erwägungen mitbestimmt sein [darf]… Gerade im Gesundheitswesen hat der Kostenaspekt für gesetzgeberische Entscheidungen erhebliches Gewicht." Dies ändert aber nichts daran, dass das Bundesverfassungsgericht[25] im Ergebnis unmittelbar aus der Verfassung einen medizinischen Leistungsanspruch gegenüber der Sozialversicherung konstruiert hat, der einzig und allein auf den Gesundheitszustand des Betroffenen und auf eine (überdies dann auch nur potenzielle) medizinische Zweckmäßigkeit der Leistung abstellt, ohne noch eine Kosten-Nutzen-Abwägung zuzulassen. Sicherlich stand bei dieser Entscheidung auch der Umstand im Hintergrund, dass der Betroffene eigene Beiträge zur Sozialversicherung aufgewandt hatte. Dies ändert aber nichts daran, dass nach der Auffassung des höchsten deutschen Gerichts bei lebensentscheidenden Maßnahmen bzw. bei deren Unterlassen ökonomische Gründe nicht ausschlaggebend sein dürfen. Dies wäre auch für eine (straf)gesetzgeberische Regelung im Bereich der Sterbehilfe maßstabsetzend.

[22] Es macht dann doch nachdenklich, dass medizinischerseits (*Marckmann* in: Salomon [o. Fn. 21], S. 111; *Strätling*, MedR 2012, 428, 430) darauf hingewiesen wird, dass eine konsequente Berücksichtigung von Nicht-Behandlungswünschen eines Patienten am Lebensende bereits heute nicht unerhebliche Ressourcen der Intensivmedizin zu sparen vermag.

[23] BVerfGE 115, 25, 49.

[24] BVerfGE 115, 25, 46.

[25] Anders hingegen das schweiz. Bundesgericht (MedR 2012, 324, 328 ff.), das i.Z.m Morbus Pompe auch bei etwaigem hohen therapeutischen Nutzen aus Wirtschaftlichkeitsgründen mangels angemessenen Kosten-Nutzen-Verhältnisses unter Berufung auf das Prinzip der Verallgemeinerung (könnten für alle Versicherten in vergleichbarer Situation derartige Leistungen erbracht werden? - insoweit vorsichtig zust. *Schöne-Seifert*, MedR 2012, 295, 296 f.) eine Erstattungspflicht der Sozialversicherung ablehnte; eine Verknüpfung von Individualrechtsschutz mit dem Gleichheitsprinzip findet sich bereits bei *Taupitz*, Verhandlungen des 63. DJT 2000, Gutachten A, S. A 27 (i.Z.m. der Intensivmedizin); zuletzt hat *Odoncu* (MedR 2012, 359, 366) unter dem Aspekt der Verteilungsgerechtigkeit betont, dass medizinische Bedürftigkeit eine medizinische Maßnahme ohne jeden Nutzennachweis nicht zu rechtfertigen vermag.

III. Rechtslage de lege lata im Falle passiver Sterbehilfe

Unter passiver Sterbehilfe soll hier das Unterlassen einer auf Lebensverlängerung ausgerichteten Maximaltherapie (wie etwa künstliche Beatmung, Bluttransfusion oder künstliche Ernährung) verstanden werden; stattdessen findet eine – im Ergebnis dann lebensverkürzende – Therapieumstellung vom kurativen Einsatz hin zu einer palliativen Versorgung des Patienten statt.[26] Für die rechtliche Beurteilung insoweit ist es ohne Belang, ob eine lebensverlängernde Behandlung von vornherein nicht begonnen oder ob eine zunächst ins Werk gesetzte lebenserhaltende Maximaltherapie beendet wird. Des Weiteren ist es irrelevant, ob der „Abbruch" einer lebensverlängernden Behandlung durch Untätigbleiben (etwa bei Auftreten einer interkurrenten Krankheit, beispielsweise einer Lungenentzündung) oder durch aktives Tun (sog. technischer Behandlungsabbruch: „Abschalten") erfolgt. Auch spielt die (fehlende) Todesnähe keine rechtliche Rolle.[27]

Im Bereich der passiven Sterbehilfe sind bekanntlich zwei Konstellationen zu unterscheiden, die differenzierender rechtlicher Betrachtung bedürfen, nämlich der konsentierte, also durch ein Behandlungsveto des Patienten oder seines Stellvertreters im Gegenteil zwingend erforderliche Behandlungsabbruch einerseits, der sog. einseitige Behandlungsabbruch in Fällen, in denen nicht auf einen mutmaßlichen Willen des Betroffenen zurückgegriffen werden kann, andererseits.

1. Passive Sterbehilfe bei feststellbarem Patientenwillen

Zunächst ein kurzer Blick auf die vom Betroffenen konsentierte passive Sterbehilfe: Sie ist sowohl bei einem aktuell erklärten als auch bei einem vorab in einer sog. Patientenverfügung im Sinne der §§ 1901a ff. BGB zum Ausdruck kommenden Behandlungsveto zulässig, da dem Arzt die entsprechende Weiterbehandlung strafbewehrt untersagt ist. Da bekanntlich nach der – wenn auch nicht unumstrittenen[28] – Judikatur[29] jeder, also auch der medizinisch indizierte und kunstgerecht durchgeführte, ärztliche Heileingriff eine Körperverletzung darstellt, kann auf den Körper des Patienten nur bei ausdrücklicher bzw. mutmaßlicher Einwilligung des Patienten oder seines Vertreters zugegriffen werden. Dieses „Zugriffsverbot" tritt in Fällen der passiven Sterbehilfe in ein Spannungsverhältnis mit der aus der ärztli-

---

[26] So auch BGHSt 55, 191, 202 f., wonach ein »Behandlungsabbruch« sich nach seinem natürlichen und sozialen Sinngehalt nicht in bloßer Untätigkeit erschöpft, sondern i.d.R. eine Vielzahl von aktiven und passiven Handlungen umfassen wird.

[27] Deshalb spricht man insoweit auch von „Behandlungsbegrenzung", z.B. *Schöch/Verrel*, GA 2005, 553, 560, eine Bezeichnung, die von vornherein einen Graben des Missverständnisses zwischen Juristen und Ärzten verhüten soll: Nach ärztlichem Selbstverständnis stellt ihre die Maximalbehandlung abbrechende und damit den Tod beschleunigende Vorgehensweise weiterhin eine (der jeweiligen Situation angepasste) Krankenbehandlung und nicht etwa einen Tötungsakt dar.

[28] Nw. zur in der Literatur herrschenden Gegenauffassung bei *Eser/Verf.* in: Schönke/Schröder (o. Fn. 11), § 223 Rn. 30 ff.

[29] RGStE 25, 375, 378 (aus dem Jahre 1894); BGHStE 11, 111, 112; 45, 219, 221; für den Bereich des Zivilrechts: RGZE 68, 431; 151, 349, 352; BGHZE 29, 46, 49.

chen Garantenstellung kraft Behandlungsübernahme resultierenden Rechtspflicht, das Leben eines anvertrauten Patienten zu erhalten: Das Unterlassen einer dem Arzt möglichen Lebenserhaltung könnte diesem als Tötung durch Unterlassen vorgehalten werden. Dieses Spannungsverhältnis ist angesichts der verfassungsrechtlichen Gewährleistung, die der Menschenwürde, dem Persönlichkeitsrecht sowie der Körperintegrität des Patienten zukommt, dahingehend aufzulösen, dass selbst bei vitaler Indikation keine ärztliche Befugnis zur Heilbehandlung ohne Einwilligung des Patienten besteht.[30]

Angesichts der Themenstellung dieser Tagung soll hier die strafrechtsdogmatische Umsetzung der verfassungsrechtlich vorgegebenen Straflosigkeit des Arztes nur angedeutet und nicht näher diskutiert werden: Beschränkt sich ärztliches Verhalten auf die Nichtvornahme lebensverlängernder Maßnahmen, also auf ein Unterlassen, so tritt infolge der durch das Patientenveto in Fortfall geratenen ärztlichen Garantenstellung[31] Straffreiheit ein.[32] In der medizinischen Praxis wird allerdings die Behandlungsumstellung weg von der lebenserhaltenden Maximaltherapie hin zur palliativen Versorgung in der Regel eine Mehrzahl von Verhaltensweisen erfordern, in denen sich bloßes Unterlassen und aktives Tun überschneiden.[33] Dies ist aber letztlich nicht relevant, da auch ein aktives, lebensverkürzendes Tun im Rahmen der passiven Sterbehilfe nicht zur Strafbarkeit des Arztes führt: Entweder wird bei normativer Betrachtung unter Berücksichtigung des sozialen Handlungssinns[34] des ärztlichen Verhaltens auch ein aktives Tun („Abschalten“) bei wertmäßiger Betrachtung als Unterlassen einzustufen sein (sog. Unterlassen durch Begehen[35]); zum anderen könnte aber auch aktives Tun als solches entweder über

---

30 So hat bereits 1957 der Bundesgerichtshof für Strafsachen (BGHSt 11, 111, 113 f. entschieden, dass das „in Art. 2 Abs. 2 Satz 1 des Grundgesetzes gewährleistete Recht auf körperliche Unversehrtheit … Berücksichtigung auch bei einem Menschen [fordert], der es ablehnt, seine körperliche Unversehrtheit selbst dann preiszugeben, wenn er dadurch von einem lebensgefährlichen Leiden befreit wird. Niemand darf sich zum Richter in der Frage aufwerfen, unter welchen Umständen ein anderer vernünftigerweise bereit sein sollte, seine körperliche Unversehrtheit zu opfern, um dadurch wieder gesund zu werden. Diese Richtlinie ist auch für den Arzt verbindlich.“

31 Vgl. *Verf.* in: Binet (o. Fn. 2), Droit et vieillisssement de la personne, 2008, S. 181, 190: Die die rechtlich sanktionierte Hilfspflicht des Arztes begründet kein Eingriffsrecht. Vielmehr setzt umgekehrt eine zulässige Hilfeleistung, welche die Körperintegrität tangiert, eben diese Eingriffsbefugnis voraus; sonst wäre das Selbstbestimmungsrecht des Patienten zugunsten fremder Determination unerträglich relativiert. Verstärkung erfährt dieser Ansatz durch folgende Überlegung: Eine anhaltende, bewusst erlebte Missachtung der Autonomie und körperlichen Unversehrtheit stellt eine außergewöhnlich große und damit menschenwürdewidrige Demütigung dar. Wegen der besonderen Demütigung, die eine Zwangsbehandlung für einen entscheidungsfähigen Patienten bedeutet, und der darin liegenden Missachtung der Subjektstellung des Patienten kommt dem Menschenwürdegehalt von Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG insoweit eine schwerlich überwindbare Grenzziehungsfunktion zu.

32 *Eser* in: Schönke/Schröder (o. Fn. 11), Vor § 211 Rn. 28; *Schneider* in: MünchKomm-StGB, 2. Aufl. 2012, Vor § 211 Rn. 115, 131.

33 S. BGHStE 55, 191, 202 f.

34 Zu dieser Abgrenzung nach dem Schwerpunkt der Vorwerfbarkeit: BGH NStZ 2003, 657 m.w.Nw.

35 *Roxin*, Engisch-FS, 1969, S. 380, 395 ff.; *ders.*, Strafrecht, Allgemeiner Teil, Bd. II, 2003, § 31 Rn. 99 f., 117; zust. *Stree/Bosch* in: Schönke/Schröder (o. Fn. 11), Vor § 13 Rn. 160; krit. BGHStE 55, 191, 202.

§ 34 StGB[36] oder durch unmittelbare Heranziehung von Grundrechten des Patienten[37] rechtfertigungsfähig sein. Der Bundesgerichtshof[38] hat demgegenüber bekanntlich zuletzt auf eine (mutmaßliche) Einwilligung in den Behandlungs„abbruch“ abgestellt.[39] Diese unterschiedliche dogmatische Lozierung sollte keine übertriebene Beachtung finden, da es letztlich nicht von Belang ist, ob der Fokus auf die (fehlende) Einwilligung des Patienten in seine Weiterbehandlung oder auf seine (fehlende) Einwilligung in den Behandlungsabbruch gelegt wird: Auch hier ist die sachgerechte Lösung der Sachfrage bedeutsamer als deren dogmatisch-systematische Einordnung. Während nun die Behandlung der auf eine Willensbekundung des Patienten zurückgreifenden Sterbehilfe (konsentierte passive Sterbehilfe) jedenfalls im Grundsatz als geklärt gelten kann, so steht eine einigermaßen befriedigend konsentierte Lösung für Fallgestaltungen nach wie vor aus, in denen ein (Nicht-)Weiterbehandlungswillen des Patienten nicht festgestellt werden kann.

2. Passive Sterbehilfe bei nicht feststellbarem Patientenwillen

Kann der (Nicht-)Behandlungswille des Patienten nicht ermittelt werden, so kommt angesichts der auf dem Spiel stehenden Grundrechtsgüter des Patienten eine Entscheidung nach freiem ärztlichem Belieben von vornherein nicht in Betracht. Bei volljährigen Patienten scheiden auch Ehegatten oder Angehörige als „geborene“ Vertreter aus.[40] Stattdessen ist auf den mutmaßlichen Willen des konkret betroffenen Patienten abzustellen, ein – wie auch in sonstigen Fällen – misslicher, aber unentbehrlicher Notbehelf. Dieser mutmaßliche Wille ist nun keineswegs identisch mit dem (zu unterstellenden) Willen eines „verständigen“ Durchschnittspatienten. Vielmehr ist der maßgebliche Patientenwille zu erschließen auf Basis konkreter Anhaltspunkte, also anhand individueller personenbezogener Informationen. Gemäß § 1901a Abs. 1 S. 2 BGB sind hierbei insbesondere mündliche oder schriftliche Äußerungen, ethische oder religiöse Überzeugungen des Patienten sowie seine sonstigen persönlichen Wertvorstellungen zu berücksichtigen. Damit dürfte ein vom Bundesgerichtshof in Strafsachen im Jahre 1994 noch be-

[36] Höherwertigkeit der Selbstbestimmung über die Körperintegrität (verstärkt durch das allgemeine Persönlichkeitsrecht) gerade in diesem hochsensiblen Bereich gegenüber dem Leben des Rechtsgutsinhabers, an dessen weiterer Aufrechterhaltung dieser ausweislich seiner Willensbekundung kein Interesse mehr hat. – Dass im Bereich der Sterbehilfe eine entsprechende Güterabwägung nicht von vornherein außer Betracht zu bleiben hat, belegt die Entscheidung des BGH zur sog. indirekten Sterbehilfe, in der der 3. Strafsenat das Konstrukt einer Güterabwägung jedenfalls für möglich hielt (BGHStE 42, 301, 305); hier erleidet – durch die Situation des Schmerz-Patienten zwingend vorgegeben – das Dogma von der Unabwägbarkeit menschlichen Lebens eine Einbuße (*Dreier*, JZ 2007, 317, 322).

[37] Art. 2 Abs. 2 GG (Körperintegrität) sowie Art. 2 Abs. 1 i.V.m. Art. 1 Abs. 1 GG (Persönlichkeitsrecht).

[38] BGHStE 55, 191, 202.

[39] Kritisch hierzu *T. Walter*, ZIS 2011, 76, 78 ff.

[40] Der Fall einer in einer Patientenverfügung erteilten Vorsorgevollmacht bleibt hier ausgeklammert.

fürwortetes Heranziehen von Kriterien, die allgemeinen Wertvorstellungen entsprechen,[41] nicht mehr in Betracht kommen,[42] da es bei diesen allgemeinen Wertvorstellungen dann keineswegs mehr um das betroffene Individuum und seinen mutmaßlichen Willen ginge: Stellt man mit *BGHStE 40, 257, 263 f*ür die Vertretbarkeit eines Behandlungsabbruches auch darauf ab, dass die „Wiederherstellung eines nach allgemeinen Vorstellungen menschenwürdigen Lebens [nicht] zu erwarten" ist, so hat man sich vom konkreten Individuum entfernt: Nur jeder Einzelne allein kann diese Entscheidung über eine ihm zumutbare Lebensqualität treffen. Schlösse man also für die Zulässigkeit eines Behandlungs„abbruchs" von derart allgemeinen Vorstellungen auf den Willen des konkret betroffenen Einzelnen, so würde der mutmaßliche Wille des je Betroffenen verlassen;[43] es läge eine unter dem Deckmantel der Autonomie-Sicherung nur notdürftig verschleierte Fremdbestimmung vor.[44]

a) Einseitiger Behandlungs„abbruch"

aa) Bisherige Lösungsansätze

Kann der (mutmaßliche) Wille des Patienten nicht hinreichend sicher eruiert werden, so ist ein Verzicht auf lebenserhaltende Maximaltherapie von Rechts wegen zweifellos dann zulässig, wenn weitere Maßnahmen zur Lebensverlängerung dem Arzt faktisch unmöglich sind (also etwa bei Fehlen einer zur Lebenserhaltung benötigten Maschine und fehlender Verlegungsmöglichkeit des Patienten). Auf diese Weise können sich auf höherer Ebene getroffene Allokationsentscheidungen auch auf die konkrete Entscheidung am Krankenbett auswirken.[45] Allein der Umstand aber, dass das Grundleiden des Patienten nicht (mehr) behoben werden kann, be-

41 BGHStE 40, 257, 263; daneben stellte der BGH ebd. auch noch auf die altersbedingte Lebenserwartung, die Todesnähe sowie das Erleiden von Schmerzen ab.

42 Vorausgesetzt, man sieht in § 1901a ff. BGB eine Regelung, die über das zivilrechtliche Betreuungsverhältnis Rechtswirkungen auch in anderen Rechtsgebieten entfaltet, eine Frage, die jedenfalls nicht pauschal zu bejahen ist (vgl. *Verf.*, Roxin-FS, 2011, Bd. 1, S. 537, 548 ff.).

43 Abl. auch *Ingelfinger*, Grundlagen und Grenzbereiche des Tötungsverbots, 2004, S. 328.

44 Insofern ist auf die – im dortigen Bereich ja durchaus vernünftige – Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs zur mutmaßlichen Einwilligung in die Erweiterung einer Operation zu verweisen (BGHStE 45, 229, 221): „Liegen keine Anhaltspunkte dafür vor, dass sich der Patient anders entschieden hätte, wird allerdings davon auszugehen sein, dass sein (hypothetischer) Wille mit dem übereinstimmt, was gemeinhin als normal und vernünftig angesehen wird." Auch *Duttge*, Fortschr Neurol Psychiat 79 (2011), 582, 583 (ebenfalls in: Jox u.a. [Hrsg.], Vegetative State - A Paradigmatic Problem of Modern Societies, 2012, S. 141, 149) verweist darauf, dass jeder stellvertretend getroffenen Entscheidung ein Moment der Fremdbestimmung innewohnt.

45 Makro-Allokationsentscheidungen (zu den verschiedenen Stufen, auf denen im Gesundheitswesen Allokationsentscheidungen getroffen werden: *Engelhardt* in: Sass [Hrsg.], Ethik und öffentliches Gesundheitswesen, 1988, S. 35 ff.; *Uhlenbruck*, MedR 1995, 427, 430), sind sicherlich einer „Rationierung am Krankenbett" vorzuziehen, doch werden diese Verteilungsfragen kaum von der obersten Verteilungsebene bis hin zum Krankenbett für jeden Einzelfall durchentschieden werden können (*Verf.*, Weber-FS, 2004, S. 69, 71 f. [i.Z.m. ärztlicher Verantwortlichkeit für Behandlungsfehler]).

gründet keineswegs die Unmöglichkeit seiner Weiterbehandlung, sofern ja immerhin noch das Leben des Patienten erhalten werden kann.

Ein Behandlungs„abbruch" kann schon wegen des hohen Verfassungsrangs des Rechtsgutes Leben nicht auf die Unzumutbarkeit einer Weiterbehandlung für den Arzt gestützt werden:[46] Aus welchen Gründen sollte eine Weiterbehandlung des Patienten eigene, schutzwürdige Interessen des Arztes verletzen? Wollte man demgegenüber die Unzumutbarkeit einer Weiterbehandlung indirekt aus einer für den Patienten bestehenden Unzumutbarkeit dieser Behandlung herleiten wollen, so sollte man besser von vornherein auf den Patienten und dessen Interessenlage abstellen.[47]

Ebenso wenig verfängt ein pauschales Berufen auf die „Sinnlosigkeit" weiterer ärztlicher Bemühungen, da sich diese Sinnlosigkeit nur aus dem mit den ärztlichen Bemühungen erzielbaren Resultat ergeben kann; mithin würde diese Sinnlosigkeit im Falle des Behandlungs„abbruchs" aus einer negativen Bewertung des noch für den Patienten zu haltenden Lebensrestes resultieren.[48] Im Übrigen ist die Frage nach dem „Sinn" ärztlichen Handelns untrennbar mit jener weiteren nach der Entscheidungsmacht zwischen juristischem und medizinischem Geltungsanspruch verknüpft.[49]

Ein Sterbenlassen soll jedenfalls dann zulässig sein, wenn die weitere Lebenserhaltung gegen die Menschenwürde des Sterbenden verstieße.[50] Dies sei etwa dann anzunehmen, wenn die Hinauszögerung des Todeseintritts allein von finanziellen Interessen der Angehörigen oder des Krankenhauses bzw. der Pflegeeinrichtung bestimmt werde. Abgesehen davon, dass eine derartige Motivation in der Praxis nur schwerlich hinreichend nachweisbar wäre, so leidet die Berufung auf die Menschenwürde (Art. 1 Abs. 1 GG) als „Gewinner"- bzw. „Totschlags"-Argument an der abstrakten Begriffshöhe dessen, was – noch dazu je verschieden – unter Menschenwürde verstanden wird. Weshalb sollte im Übrigen auch das Am-Leben-Erhalten eines Äußerungsunfähigen gegen dessen Würde verstoßen? Wenn das Leben als Basis für Menschenwürde zu begreifen ist,[51] so erstaunt es doch, mittels Menschenwürde einen Zwang zur Lebensverkürzung zu errichten.

Ein einseitiger Behandlungs„abbruch" könnte darauf zu stützen sein, dass die grundsätzlich zur Weiterbehandlung verpflichtende Garantenstellung (§ 13 StGB)

---

[46] So aber z.B. *R. Schmitt*, Jura 1988, 91, 93.

[47] Deshalb abl. auch *Merkel*, Früheuthanasie, 2001, S. 309 f.

[48] Vgl. hierzu die krit. Stellungnahme von *Duttge*, NStZ 2006, 479, 481 ff. zur Futility-Diskussion, die überdies daran krankt, dass insoweit noch keine allgemein anerkannte Definition gefunden werden konnte (*Albisser Schleger/Pargger/Reiter-Theil*, Z Palliativmed 9 [2008], 67, 68).

[49] So deutlich *Duttge*, NStZ 2006, 479, 481.

[50] *Eser* in: Schönke/Schröder (o. Fn. 11), Vor § 211 Rn. 29 (unter γ); ähnlich wohl auch *Roxin* in: Roxin/Schroth (Hrsg.), Handbuch des Medizinstrafrechts, 4. Aufl. 2010, S. 75, 97: macht Verlängerung der Agonie bei objektiver Beurteilung noch irgendeinen Sinn für den Patienten); krit. aber *Merkel* (o. Fn. 47), S. 313 ff.).

[51] BVerfGE 39, 1, 42 (vitale Basis der Menschenwürde und Voraussetzung aller anderen Grundrechte).

des Arztes aus normativen Gründen in Fortfall geraten ist. Dies könnte – so ein alter, aber auch in der aktuellen Diskussion immer noch aktueller – Vorschlag von *Eser*[52] aus der Zielsetzung des ärztlichen Auftrags (Heilen und Lindern) herzuleiten und im Fall eines irreversiblen Bewusstseinsverlustes anzunehmen sein.[53] Diese Lösung setzt aber eine Verständigung darüber voraus, weshalb der Verlust auch nur rudimentärer Fähigkeit zur Kommunikation maßgebend sein soll.[54] Sicherlich macht die Fähigkeit zur Kommunikation einen bestimmenden Wesenszug des Menschen aus; er stellt wie auch das Aufrechtgehen auf zwei Beinen oder ein zielgerichtet-planerisches Vorgehen jeweils Eigenschaften dar, die für den Menschen typisch und erheblich sind. Aus welchem Grunde soll also der Kommunikationsfähigkeit diese Schlüsselrolle zukommen? Dies setzt eine Einigung über das Essenzielle des Menschen voraus, eine Entscheidung, die meines Erachtens – wenn überhaupt – nur durch gesetzgeberische Festlegungen getroffen werden kann.

Schließlich wird verfochten,[55] den Behandlungs„abbruch“ auf eine Güterabwägung zwischen rein „biologischem“ Leben (bei fehlendem Lebensinteresse) vor dem Sterbensinteresse des Patienten zu stützen:[56] Dem Rechtsgut Leben sei kein absoluter Höchstrang in diesen Fällen mehr zuzuordnen; seine Bewertung aus der Innenperspektive seines Inhabers (genauer gesagt aber: stellvertretend für ihn!) sei mithin zulässig, so dass im Einzelfall die konkrete Qualität und Länge des noch erwartbaren Lebens ein überwiegendes Sterbensinteresse nicht nur plausibel, sondern eben auch rechtlich akzeptabel mache. Wesentlich sei insoweit, dass es um eine rein interne Interessenabwägung der Lebens- und Sterbensinteressen des Betroffenen gehe, nicht um die Einbeziehung der Interessen Dritter oder der Allgemeinheit.

Weshalb sollte aber die bloße, von ihm – anders als etwa im Falle des Locked-in-Patienten gar nicht erlebbare – Fortexistenz für einen Apalliker seinen Interessen zuwider laufen? „Der Apalliker lebt, mehr wissen wir nicht.“ (*Jähnke*[57]). Weshalb sollte seine in der Regel allerdings minimale Chance, doch noch aus dem Wachkoma zu erwachen, als Interesse pro Vita ausgeblendet bleiben? Wieso wäre eine für diesen Fall mit hoher Wahrscheinlichkeit zu prognostizierende schlechte

---

52 *Eser* in: Auer/Menzel/Eser, Zwischen Heilauftrag und Sterbehilfe, 1977, S. 75, 131 f.; *ders.* in: Schönke/Schröder (o. Fn. 11), Vor § 211 Rn. 29.

53 Die von *Budick/Vogel/Jox*, Nervenheilkunde 31 (2012), 231 ff. ausgewerteten aktuellen Judikate zu Therapienetscheidungen bei Wachkoma-Patienten scheinen auch primär auf eine fehlende Kommunikationsfähigkeit abgestellt zu haben (ebd., 234).

54 Hierzu *Merkel* (o. Fn. 47), S. 330 (auch zum Folgenden).

55 *Merkel* (o. Fn. 47), S. 353 ff., 568 f.; *ders.*, ZStW 107 (1995), 454, 570 f.; *Chr. Schneider*, Tun und Unterlassen beim Abbruch lebenserhaltender medizinischer Behandlung, 1997, S. 242 ff.; tendenziell auch *Schneider* in: MünchKomm-StGB (o. Fn. 32), Vor § 211 Rn. 157; abl. BGHStE 55, 191, 197 f.

56 Die rechtliche Behandlung der sog. indirekten Sterbehilfe belegt insoweit, dass Fragen der Güterabwägung jedenfalls dann durchaus strafbarkeitsaufhebend zum Tragen kommen können, wenn es um Interessen ein und derselben Person geht (so i.E. auch *Schneider* in: MünchKomm-StGB [o. Fn. 32], Vor § 211 Rn. 113).

57 In Jähnke u. a. (Hrsg.) Leipziger Kommentar StGB, 11. Aufl. 2001, Vor § 211, Rn. 20c.

Lebensqualität[58] als Faktor in die Abwägung einzustellen? Gesamtgesellschaftlich könnten nun – und hierbei handelt es sich ja nicht um eine kühne Prognose – Gründe sinnvoller Ressourcenverteilung angesichts begrenzter Mittel, die für die medizinische Versorgung aufgebracht werden können,[59] gegen den sog. „Lebensrest" in Stellung gebracht werden.[60] Damit wäre aber die von *Merkel*[61] bei seinem Lösungsansatz zurecht immer wieder betonte reine Binnenperspektive des Patienten verlassen, eine Gefahr, die allerdings bei einem Rückgriff auf den Gedanken des überwiegenden Interesses nicht ganz fern liegt. Wollte man aber ökonomische Faktoren als insoweit ausschlaggebenden Abwägungsfaktor einbeziehen, so würde der grundgesetzlich garantierte Lebensschutz totaler Materialisierung zum Opfer fallen.[62] Wirtschaftliche Faktoren dürfen mithin nicht von vornherein die Frage nach dem Sinn weiterer Lebensverlängerung für den Patienten verdrängen.[63]

bb) Lösungsvorschlag: Abstellen auf Fortfall der Indikation zur Weiterbehandlung

Die zu entwickelnde Lösung hat zwischen zwei Übeln durchzusteuern: Zum einen ist die Scylla ärztliche Immobilität zu umfahren, die bei einer übermäßigen Einengung des ärztlichen Entscheidungsspielraums mittels feinststeuernder rechtlicher Vorgaben droht. Zum anderen muss auch der Charybdis eines rechtsbindungslosen ärztlichen Beliebens ausgewichen werden, welches mit den grundgesetzlichen Schutzgarantien für Leib und Leben sowie für das Persönlichkeitsrecht des Patienten (Art. 2 Abs. 2 GG, Art. 2 Abs. 1 iVm Art. 1 Abs. 1 GG) unvereinbar wäre. Dies im Blick haltend, soll nachfolgend ein Lösungsvorschlag in die Richtung entwickelt werden, auf den Fortfall einer umfassend verstandenen medizinisch-ärztlichen Indikation zur weiteren (Maximal)Behandlung abzustellen. Mit dem Fortfall dieser Indikation kommt dann die strafbewehrte Handlungspflicht (Garantenstellung) des Arztes in Fortfall. Diese Lösung knüpft in gewisser Weise an den von *Eser*[64] entwickelten Gedanken „normativer Unzumutbarkeit" der Weiterbe-

---

[58] Gerade diese düstere Prognose dürfte auch ein Grund dafür sein, in Patientenverfügungen bei Konstellationen des irreversiblen Wachkomas eine Fortbehandlung zu untersagen.

[59] Allerdings könnte die Rationierungsproblematik dadurch entschärft werden, dass statt auf eine Rationierung (bzw. Priorisierung; hierzu zuletzt: *Oduncu*, MedR 2012, 359, 361) der Fokus mehr auf sinnvolle Krankheitsprävention gelegt wird (denkt man bspw. nur an die immensen Folgekosten, die als Folge von lebenswandelbedingten Herzkreislauf- oder Diabetes-Erkrankungen auftreten). Dass in Deutschland die Gruppe der Adipösen (Adipositas bekanntlich ein wichtiger Diabetes-Risikofaktor) insbesondere im jungen Erwachsenenalter nach der „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland" (DEGS) des Robert Koch-Instituts (*Kurth*, Bundesgesundheitsblatt 2012, 1, 3 f.) weiterhin zugenommen hat, beunruhigt ebenso wie der ebenda mitgeteilte Befund, dass die im internationalen Vergleich hohe Prävalenz von Übergewicht in Deutschland auf hohem Niveau stagniert.

[60] So im Ergebnis *T. Möller*, Die medizinische Indikation lebenserhaltender Maßnahmen, 2010, S. 103 ff., 109.

[61] JZ 1996, 1145, 1152.

[62] Dezidiert *Eser* in: Schönke/Schröder (o. Fn. 11), Vor § 211 Rn. 30.

[63] Auch *Roxin* in: Handbuch des Medizinstrafrechts (o. Fn. 50), S. 97, betont, dass ökonomische Gesichtspunkte nicht im Vordergrund zu stehen hätten.

[64] In Schönke/Schröder (o. Fn. 11), Vor § 211 Rn. 29.

handlung an, nach dem der auf Erhaltung oder Ermöglichung menschlicher Selbstverwirklichung beschränkte ärztliche Auftrag bei irreversibler Bewusstlosigkeit seine Grenze findet. Allerdings wird nachfolgend nicht isoliert auf den unwiderruflichen Verlust jeglicher Reaktions- und Kommunikationsfähigkeit des Patienten abgestellt; dieser Gesichtspunkt bildet dann einen – legitimen – Bezugspunkt des ärztlichen Beurteilungsspielraums.

Fehlende Indikation für eine Weiterbehandlung ist ein Terminus, der von Rechtsprechung und Gesetzgebung im Zusammenhang mit Fragen der Behandlungsbeschränkung relativ kritiklos verwendet wird: So hat der Bundesgerichtshof in Zivilsachen[65] im Jahre 2003 entschieden, dass die „medizinische Indikation, verstanden als das fachliche Urteil über den Wert oder Unwert einer medizinischen Behandlungsmethode in ihrer Anwendung auf den konkreten Fall, … insoweit den Inhalt des ärztlichen Heilauftrags [begrenzt]"; der Zivilsenat räumt dann ein, dass dies „im Schnittfeld naturwissenschaftlicher und medizinethischer Überlegungen nicht immer scharfe Begrenzungen" seien.[66] Auch der Gesetzgeber hat bei seiner Regelung zur Patientenverfügung auf den Begriff der Indikation zurückgegriffen, wenn er in § 1901b Abs. 1 BGB verfügt hat, dass der „behandelnde Arzt prüft, welche ärztliche Maßnahme im Hinblick auf den Gesamtzustand und die Prognose des Patienten indiziert ist."[67] Ob unter dieser Indikation die rein medizinische oder auch die weitere Gesichtspunkte einbeziehende ärztliche Indikation[68] zu verstehen ist, dies ist weder dem Gesetzestext noch den Gesetzesmaterialien[69] zu entnehmen.

Auch die Bundesärztekammer hat in ihren Richtlinien zur Sterbebegleitung aus dem Jahre 2011[70] vorgegeben, dass „Art und Ausmaß einer Behandlung … gemäß der medizinischen Indikation vom Arzt zu verantworten [sind]. … Alle Entscheidungen müssen unter Berücksichtigung der Umstände des Einzelfalls getroffen werden." Bemerkenswert im Zusammenhang mit dem vorliegenden Thema ist die weitere Vorgabe der Bundesärztekammer ebenda, dass „Entscheidungen [zur Behandlungsbegrenzung] … nicht von wirtschaftlichen Erwägungen abhängig gemacht werden [dürfen]."[71]

---

[65] BGHZE 154, 205, 224.

[66] Allerdings hat der Zivilsenat (ebenda) diesen Ansatz durch seine eher rätselhafte Bemerkung verwässert, dass eine Weiterbehandlung nicht erforderlich sei, sofern diese „ärztlicherseits … nicht angeboten wird – sei es, dass sie nach Auffassung der behandelnden Ärzte von vornherein nicht indiziert, sinnlos geworden oder aus sonstigen Gründen nicht möglich ist."

[67] Im Falle fehlender Indikation stellt sich dann die Frage nach der Einschlägigkeit einer etwaigen Patientenverfügung sowie des – im Falle eines Dissenses von Arzt und Betreuer – anzurufenden Betreuungsgerichtes nicht.

[68] Hierzu sogleich im Text.

[69] Auch nicht der Begründung zum – der Neuregelung im Wesentlichen zugrunde liegenden – sog. Stünker-Entwurf (BT-Drucks. 16/8442).

[70] DÄ 108 (2011), A 346.

[71] DÄ 108 (2011), A 346 f. – Ob die Bundesärztekammer in eben diesen Richtlinien nur auf die bloße medizinische Indikation abstellt, ist nicht ganz eindeutig (insgesamt abl. *Strätling*, MedR 2012, 428, 435): Zwar wird im Zusammenhang mit der Behandlung schwerster zerebraler Schädigungen darauf abgestellt (DÄ 108 [2011], A 346, 347), dass „Art und Ausmaß [der] Behandlung … gemäß der medizinischen Indikation vom Arzt zu verantworten [sind]; eine anhaltende Bewusstseinsbeeinträchtigung

cc) Medizinische und ärztliche Indikation

(1) Dieser Ansatz, die Verantwortung für eine Nicht-(weiter-)Behandlung primär in die Verantwortung des behandelnden Arztes zu legen und das Strafrecht auf eine – hier später noch anzudeutende – bloße Rahmenkontrolle zu beschränken, stößt allerdings auf Schranken.[72] Diese ergeben sich aus dem Wesen der Indikation. Es gibt eben nicht *die* „Indikation als das fachliche Urteil über den Wert oder Unwert einer medizinischen Behandlungsmethode in ihrer Anwendung auf den konkreten Fall".[73] Sie ist insbesondere auch im Zusammenhang mit einer Nichtbehandlung am Lebensende von der jeweiligen Zielstellung abhängig. Dies wird deutlich, wenn man sachgerecht zwischen medizinischer und ärztlicher Indikation unterscheidet.[74] Unter medizinischer Indikation ist dann die „fachliche Rechtfertigung dafür [zu verstehen], dass eine geplante ärztliche Maßnahme in vergleichbaren Fällen medizinisch sinnvoll und damit angezeigt ist";[75] in anderen Worten: „Indikation als Grund …, welcher es erlaubt, eine bestimmte ärztliche Maßnahme durchzuführen, die nach Abschätzung des möglichen Nutzens und Risikos – unter Beachtung etwaiger Kontraindikationen – für den Patienten sinnvoll ist."[76] Die medizinische Indikation ist also der begründete Entschluss zu einer bestimmten ärztlichen Handlung: Nach Feststellung (Diagnose) einer Erkrankung, die behandelbar ist (Inblicknahme des medizinischen Methodenspektrums), wird im Hinblick auf ein bestimmtes Behandlungsziel – und hierin liegt die Problematik der medizinischen Indikation – die Prognose gestellt, dass mögliche Behandlungs-

allein rechtfertigt nicht den Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen." Allerdings weist *Duttge* (Fortschr Neurol Psychiat 2011, 582, 585; ebenfalls in: Jox u.a. [Hrsg.], Vegetative State [o. Fn. 44), S. 147) darauf hin, dass das ebenda (A 347) ausgesprochene Gebot, bei Patienten mit infauster Prognose („Patienten, die sich zwar noch nicht im Sterben befinden, aber nach ärztlicher Erkenntnis aller Voraussicht nach in absehbarer Zeit sterben werden") von lebenserhaltenden Maßnahmen abzusehen, sofern diese „Leiden nur verlängern würden", dann doch nicht unerheblichen ärztlichen Spielraum nach sich zieht. – Demgegenüber könnte im Falle des Behandlungsabbruchs bei Neugeborenen mit schwersten Beeinträchtigungen durch Fehlbildungen oder Stoffwechselstörungen (ebd., A 348) auf eine – über eine bloße, auf das Ziel der Lebenserhaltung fixierte medizinische Indikation hinausreichende – ärztliche Indikation abgestellt sein, wenn in derartigen Fällen eine lebenserhaltende Behandlung, die ausgefallene oder ungenügende Vitalfunktionen ersetzen soll, beendet werden darf, sofern „keine Aussicht auf Heilung oder Besserung besteht"; in derartigen Fällen wäre eine weitere Lebenserhaltung ja immerhin möglich.

[72] Vgl. bereits *Verf.*, Seebode-FS, 2008, S. 401, 410 ff.

[73] So aber die Formulierung von BGHZE 154, 205, 224 = NJW 2003, 1588, 1593.

[74] So etwa *Neitzke* in: Charbonnier/Dörner/Simon (Hrsg.): Medizinische Indikation und Patientenwille, 2008, S. 53 ff. - *Verf.* selbst hatte zwar (Seebode-FS [o. Fn. 72], S. 413 f. m.w.Nw.) die Kritik am sog. „diagnostischen Imperativ" aufgegriffen, der unter Vernachlässigung von am Behandlungsziel zu orientierender Prognose sowie der Abwägung von Kontraindikationen allein auf die auf die Feststellung des körperlichen Ist-Zustandes als entscheidender Basis für indiziertes therapeutisches Vorgehen abstellt; hierbei wurde aber noch nicht hinreichend verdeutlicht, dass bereits die – isoliert betrachtete – medizinische Indikation als solche von dem mit der medizinischen Maßnahme jeweils verfolgten Behandlungsziel abhängt, über das die medizinisch-technische Möglichkeit seiner Erreichbarkeit allein noch nichts aussagt (s. *Oehmichen* Angew. Schmerzther Palliativmed 2011, 14, 15). Ob dieses Ziel zu verfolgen angemessen ist, dies ist dann eine Frage der ärztlichen Indikation.

[75] *Neitzke* (o. Fn. 74), S. 56.

[76] *Oehmichen*, Schwere erworbene Hirnschädigung - Wege zur Behandlungsentscheidung, 2007, S. 62.

maßnahmen zu einem objektivierbaren „Behandlungserfolg" kurativer oder palliativer Art führen werden, ohne dass der Maßnahme eine Kontraindikation entgegensteht. Zwar ist vom Ansatz her diese medizinische Indikation von der Zustimmung des Patienten in die vorgesehene Behandlungsmaßnahme zu trennen. Bereits dieses vom Arzt zu verfolgende Therapieziel – und nicht erst die sogleich in den Blick zu nehmende ärztliche Indikation – ist aber auch von den Wünschen des Patienten abhängig.[77] Hierin kommt nicht nur ein eher „partnerschaftlich" zu verstehendes Verhältnis von Arzt und Patient zum Ausdruck (shared decision making).[78] Es wird vielmehr auch der Prozesshaftigkeit der Indikationsstellung Rechnung getragen: Ebenso wie die Willensrichtung des Patienten sich im Laufe einer Behandlung zu ändern vermag, so ergeben sich auch in der Stellung der medizinischen Indikation Änderungen.[79] In die dann indizierte Therapie muss der Patient allerdings auch noch (konkludent) einwilligen.

(2) Von dem medizinischen, allein auf das zu erreichende Behandlungsziel[80] zentrierten Indikation ist die ärztliche Indikation zu unterscheiden.[81] Hierunter ist die Prüfung zu verstehen, ob eine medizinisch als indiziert angesehene Maßnahme im konkreten Einzelfall auch angemessen ist. Es handelt sich hier also um das „Tor, durch das die Ethik Eingang findet in den überindividuell-rationalen Prozess ärztlicher Entscheidungsprozesse."[82] In anderen Worten: „Indikationsstellung … [als] einziger Ort, wo in den fast zwanghaft naturwissenschaftlich-logischen Gedankengang von Anamnese, Befund, Diagnose und Therapie ethische Gedankengänge eingebracht werden können."[83] Zur ärztlichen Indikation zählen beispielhaft, aber nicht abschließend angeführt: Alter des Patienten, Komorbidität und andere Gesundheitsrisiken, weitere Lebensplanung des Patienten, seine zu erwartende Compliance, die Einstellung des Patienten zu Leid und Sterben sowie darüber hinausgehend das Menschenbild des Patienten, aber auch seine sonstigen Lebensumstände (soziales Umfeld).[84] Zusätzlich zählt zur ärztlichen Indikation auch die

---

77 Vgl. *Oehmichen* Angew. Schmerzther Palliativmed 2011, 14, 16.

78 S.a. *Duttge*, FortschrNeurolPsychiat 79 (2011), 582, 583.

79 Da die ärztliche Heilbehandlung auf ein bestimmtes Ziel hin erfolgt, wäre es ohnehin nicht sonderlich sinnvoll, dieses Ziel unabhängig von den Patientenwünschen zu bestimmen: Ob etwa im Bereich der Sterbehilfe eine die Lebensqualität ganz erheblich beeinträchtigende, das Leben aber verlängernde Behandlung gewählt werden soll, ist sinnvoll im Zwiegespräch von Arzt und Patient festzulegen. Eine Bestimmung des Behandlungsziels allein durch den Arzt mit anschließendem Konsens oder Behandlungsveto durch den Patienten erscheint dann doch umwegig.

80 Im vorliegenden Zusammenhang also etwa die weitere Aufrechterhaltung des Lebens des Patienten.

81 Bereits *Künschner*, Wirtschaftlicher Behandlungsverzicht und Patientenauswahl, 1992, S. 186 f., wies darauf hin, dass in die medizinische Indikation normative Elemente außerhalb der naturwissenschaftlichen Seite der Medizin einfließen; ebenso *Duttge* Fortschr Neurol Psychiat 79 (2011), 582, 585; ebenfalls in: Jox u.a. (o. Fn. 44)], Vegetative State [o. Fn. 44), S. 148.

82 *Neitzke* (o. Fn. 74), S. 54.

83 *Anschütz*, Indikation zum ärztlichen Handeln, 1982, S. 3 (noch ohne Differenzierung zwischen medizinischer und ärztlicher Indikation).

84 *Neitzke* (o. Fn. 74), S. 58; auch *Gahl*, DMW 130 (2005), 1155, 1157f. betont die Multidimensionalität der Indikation unter Einschluss ihrer sozialen Dimension.

Frage nach der für den Patienten durch eine (Nicht-)Weiterbehandlung zu gewinnenden Lebensqualität. Insoweit ist aber zu betonen, dass hier nicht der Maßstab des Arztes, sondern allein die Vorstellung des Patienten (ggf. aus seinem mutmaßlichen Willen hergeleitet) maßgebend zu sein hat: Es handelt sich bei dieser Entscheidung eben nicht um eine – in die Entscheidungsprärogative des Arztes fallende – Frage nach dem Wert oder Unwert eines medizinischen Verfahrens, sondern um die Berücksichtigung dessen, was der Patient als je für sich erstrebenswert oder zumindest aushaltbar einstuft.[85]

(3) Die aus den Elementen der eher naturwissenschaftlich-„technisch" zu begreifenden medizinischen sowie der auf die Angemessenheit der Behandlungsmaßnahme im konkreten Einzelfall abzielenden ärztlichen Indikation zu bildende Gesamtindikation zielt mithin auf ein fachlich bestmögliches, aber eben auch individuell angemessenes Therapieangebot. In den Worten *Neitzkes*:[86] „Eine Diagnostik oder Therapie zu beginnen, ohne vorher eine medizinische Indikation gestellt zu haben, wäre medizinisch-wissenschaftlich verantwortungslos; eine diagnostische oder therapeutische Maßnahme jedoch ohne ärztliche Indikation durchzuführen, wäre moralisch verantwortungslos." Der Arzt ist glücklicherweise dem Menschen als Individuum und nicht dessen bloßen Organismus verpflichtet. Nicht zur ärztlichen Indikation mit ihrem am Patienten zu orientierenden Ansatz zählt die gerechte Ressourcen-Zuteilung. Diese Frage hat ja mit den individuellen Nöten des Betroffenen nichts zu tun. Ob ihm bestimmte Behandlungsmaßnahmen (sozialversicherungsrechtlich oder gar generell) vorzuenthalten sind, liegt weit außerhalb der Kompetenz ärztlicher Profession; diese Frage ist – wenn sie denn überhaupt regelbar sein sollte – vom Gesetzgeber zu entscheiden.

Ebenfalls nicht zur ärztlichen Indikation zählt eine von Dritten (hier also den Ärzten) gewertete Lebensqualität des Patienten. Maßgebend für die Lebensqualität kann nur die Einschätzung durch den Betroffenen sein. Insoweit gibt es eben keine medizinisch-naturwissenschaftliche Objektivität; das angemessene Maß an Lebensqualität fällt je nach persönlichem Wertungssystem grundverschieden aus. Wollte man eine durch Weiterbehandlung des Patienten zu erwartende, vom Arzt als negativ eingestufte Lebensqualität mit in das Spektrum zulässiger Überlegungen bei der ärztlichen Indikationsstellung einbeziehen, so könnte rasch eine letztlich ökonomisch motivierte Behandlungsbeschränkung hinter einem vorgeschobenen Handeln zum Besten des Patienten camoufliert werden.

(4) Allerdings ist für die Zukunft durchaus zu erwarten, dass die ärztliche Indikationsstellung unter den Druck wirtschaftlicher Überlegungen (Stichwort: sachgerechter Einsatz der beschränkten Ressourcen)[87] geraten und zum Mittel verdeckter Rationierung am Krankenbett mutieren könnte. Dass dies keine völlig voreilige

[85] So bereits *Verf.* in Seebode-FS (o. Fn. 72), S. 414.
[86] (o. Fn. 74), S. 64.
[87] Zuletzt deutlich: Schweiz. Bundesgericht, MedR 2012, 324, 328 ff.; als Problem deutlich gemacht bei *Eser* in: Schönke/Schröder (o. Fn. 11), Vor § 211 Rn. 30.

Perhorreszierung ist, sei durch eine ärztliche sowie juristische Fundstelle belegt: So hat *Oehmichen* (Arzt) ausgeführt, dass „[die Behandlungsindikation] letztlich determiniert [wird] vom individuellen Krankheitszustand und der Prognose, von der kollektiven Erfahrung, von medizinischen Möglichkeiten der Diagnostik und Therapie sowie von personellen, organisatorischen, institutionellen und ökonomischen Bedingungen der gesamten Gesellschaft."[88] *Paul Kirchhof* (Jurist) führt in entsprechender Richtung aus: „Auch Faktoren außerhalb der direkten Arzt-Patienten-Beziehung beeinflussen das ärztlich Indizierbare: Gesellschaftliche Gegebenheiten wie Verfügbarkeit von Ressourcen, Finanzierbarkeit und somit das Prinzip der „Gerechtigkeit" dürfen nicht vernachlässigt werden. Damit wäre es notwendig in der Indikationsstellung die „Kultur des Maßes" neu zu entdecken."[89] Derartige Rationierungserwägungen erfahren Verstärkung durch das arztethische Prinzip der Wahrung von Gerechtigkeit, hier verstanden als Sicherung des Teilhaberrechts zukünftiger Patienten an medizinischen Leistungen. Schließlich: „Gegen Finanzengpässe lässt sich nicht juristisch anargumentieren." (*Isensee*).[90]

Eine handlungsleitende Berücksichtigung knapper Ressourcen im Rahmen der Indikationsstellung kann juristisch nicht zu einer zulässigen „Rationierung[91] am Krankenbett" führen: Zwar ist es vom Ansatz durchaus konstruierbar, den Behandlungsabbruch als Ergebnis einer Güterabwägung (§ 34 StGB bzw. rechtfertigenden Pflichtenkollision) mit den Interessen Drittbetroffener zu begreifen.[92] Einer derartigen Güterabwägung steht aber die Lebenswertindifferenz des Grundgesetzes entgegen. Hierzu hat das Bundesverfassungsgericht bereits 1975 in seinem ersten Verdikt zu den §§ 218 ff. StGB ausgeführt: „Der Schutz des einzelnen Lebens darf nicht deswegen aufgegeben werden, weil das an sich achtenswerte Ziel verfolgt wird, andere Leben zu retten. Jedes menschliche Leben – auch das erst sich entwickelnde Leben – ist als solches gleich wertvoll und kann deshalb keiner irgendwie gearteten unterschiedlichen Bewertung oder gar zahlenmäßigen Abwägung unterworfen werden."[93] In seiner späteren Entscheidung[94] zur Verfassungswidrigkeit der Ermächtigung (§ 14 Abs. 3 Luftsicherheitsgesetz) zum Abschuss eines zu Terrorzwecken gekaperten, mit tatunbeteiligten Menschen besetzten Flugzeuges, das zur Tötung anderer Menschen eingesetzt werden soll, wurde diese

[88] *Oehmichen* (o. Fn. 76), S. 64 bzw. 65.

[89] ZME 51 [2005], 229, 237.

[90] GS für M. Heinze, 2005, S. 417, 431.

[91] Dagegen wären Überlegungen zur Priorisierung medizinischer Leistungen berücksichtigungfähig, wobei unter Priorisierung hier die ausdrückliche Feststellung einer Vorrangigkeit bestimmter medizinischer Indikationen, Patientengruppen oder medizinischer Verfahren verstanden werden soll; vgl. hierzu den interdisziplinäre Sammelband von *Wohlgemuth/Freitag* (Hrsg.), Priorisierung in der Medizin, 2009; zu den Begrifflichkeiten *Fuchs/Nagel/Raspe* DÄ 106 (2009), 554 ff.- Würde jedoch nicht nur eine Rangstufe der Dringlichkeit abzuarbeitender „Fälle" aufgestellt, so läge bei im Ergebnis verfügten Leistungsausschluss letztlich dann doch Rationierung unter einem „gefälligeren" Titel vor (s.a. *Welti* MedR 2010, 379, 381): die Grenzen noch zulässiger Indikationsstellung wären überschritten.

[92] So *T. Möller* (o. Fn. 60), ebd.

[93] BVerfGE 39, 1, 59.

[94] BVerfGE 115, 118, 159 f.

Linie fortgesetzt: Dem Staat sei es verwehrt, die Tötung eines Menschen als Mittel zur Rettung anderer zu benutzen.[95]

(5) Ungeachtet dieser auch für eine Anwendung des § 34 StGB maßgeblichen Lebenswertindifferenz der Verfassung sind meines Erachtens im ärztlichen Beurteilungsspielraum zwei (letztlich *auch* „ökonomisch" begründbare[96]) Kriterien berücksichtigungsfähig, nämlich die sog. probalistische Sinnlosigkeit einerseits, die sog. quantitative Sinnlosigkeit andererseits.[97] Im Falle der probalistischen Sinnlosigkeit handelt es sich um Maßnahmen, die zwar einen lebenserhaltenden Effekt haben können, wobei dieser angestrebte Erfolg aber nicht mit hinreichender[98] Wahrscheinlichkeit statistisch gesichert ist. Ab einem gewissen Grad der Unwahrscheinlichkeit des erwünschten Erfolges beginnt ja auch außerhalb des ärztlichen Tätigkeitsfeldes eine Abwägung mit dem dafür erforderlichen Aufwand, und dies trotz des allgemein anerkannten Grundsatzes, dass jedes Leben in jedem Zustand ein gegenüber ökonomischen Interessen nicht abwägbaren Höchstwert darstellt.[99] So hat auch *Marckmann* als Mediziner darauf hingewiesen, dass „je kleiner der zu erwartende Nutzengewinn für Patienten ist, desto höhere Anforderungen … an die wissenschaftliche Evidenz [seines Eintretens] zu stellen [seien]."[100] Damit wird dem Umstand Rechnung getragen, dass der Einsatz klinischer Maßnahmen in derartigen Grenzfällen eben immer auch ein Problem der Verteilung knapper Ressourcen[101] ist, ein Umstand, der aus der Verteilungsproblematik im Zusammenhang mit der Organspende leidvoll bekannt ist. Zusätzlich sollte aber auch noch die quantitative Sinnlosigkeit einen von Rechts wegen zulässigen Teil medizinisch-ärztlicher Indikationsstellung bilden können: Maßnahmen, die eine Lebenserhaltung zwar hinreichend sicher, aber nicht für eine hinreichend lange Zeit[102] erreichen können, sind möglicherweise im Einzelfall nicht mehr angemessen. Sollte wirklich eine Rechtspflicht bestehen, an einem todkranken Patienten eine „große

---

95 Ebenso *Dreier*, JZ 2007, 261, 265 f.; gegen einen rechtsfreien Raum insoweit *Lüderssen*, Rechtsfreie Räume?, 2012, S. 319 f.

96 So dezidiert *Merkel* (o. Fn. 47), S. 298 f.

97 Hierzu jeweils *Merkel* (o. Fn. 47), S. 297 ff.

98 Über die Frage, wann dies der Fall ist, dürfte sicherlich zu streiten sein, wobei auch insoweit der unter III.2.a), dd) vorgeschlagene ärztliche Beurteilungsspielraum bestünde; die Grenze ist auf jeden Fall vor der absoluten Gewissheit der Aussichtlosigkeit zu ziehen (vgl. *Merkel* [o. Fn. 47]), S. 298, Fn. 152).

99 *Merkel* (o. Fn. 47), S. 297 f. mit dem Beispiel eines vermissten Bergwanderers: Die Suche nach ihm wird ja nur anfangs mit vollem Einsatz betrieben, um dann allmählich reduziert – und ungeachtet einer noch minimalen Rettungschance – abgebrochen zu werden.

100 In Salomon (o. Fn. 21), S. 112; *Marckmann/Strech*, ZME 55 (2009), 15, 24.

101 Zur Unverhältnismäßigkeit von Aufwand und Nutzen hat bereits *Taupitz* (o. Fn. 25), S. A 27 ausgeführt, dass eine Behandlung umso eher unterbleiben dürfe, „je größere Ressourcen (im weitesten Sinne) sie einerseits bindet (die dann für andere Patienten nicht zur Verfügung stehen) und je geringer oder unsicherer der Nutzen (im weitesten Sinne) für den betroffenen Patienten andererseits ist."

102 Insoweit gilt das oben in Fußnote 98 Ausgeführte entsprechend.

Operation" zur Lebensverlängerung um wenige Stunden durchzuführen? Gar noch unter Einbeziehung einer Organspende?[103]

dd) Begrenzte rechtliche Überprüfung der Indikationsstellung

Da die ärztliche Indikation als Teil der für das Erfordernis der Weiterbehandlung maßgebenden Gesamt-Indikation vielfältige Facetten aufweist, überdies ärztliches Handeln vielfältigen, auch ökonomischen Einflüssen ausgesetzt ist,[104] kann das Recht nicht unbesehen an das in der Indikation sich manifestierende Gesamtergebnis der ärztlichen Abwägungen anschließen. Um nun die oben erwähnte Scylla übermäßiger, letztlich für den Patienten ja auch alles andere als nützlicher rechtlicher Feinststeuerung zu umgehen, ist diese rechtliche Überprüfung aber nur auf bei der Indikationsstellung etwa unterlaufene Beurteilungsfehler zu erstrecken. Dass das (Straf-)Recht eine ärztliche Entscheidung vor eine nur eingeschränkte Prüffolie hält, dies bildet nun keine Besonderheit der Sterbehilfe i. w. S. Auch sonst kommt ja im Arztrecht von der Ärzteschaft eigenständig entwickelten Regulierungen (beispielsweise Behandlungsstandards) Rechtswirkung zu (also beispielsweise bei Verneinung eines Behandlungsfehlers[105]), allerdings nur dann, wenn es sich hierbei um eine vom Rechtsanwender kontrollierte Rezeption handelt.[106] Den Ärzten ist also kein Handlungsermessen freier Beliebigkeit zuzugestehen: Sie handeln nicht in einem „rechtsentlassenen" bzw. „rechtsfreien" Bereich.[107] Vielmehr handelt es sich um ein – wie bereits früher *Eser* postuliert hat[108] – „kriterienorientiertes Beurteilungsermessen", bei dem die wesentlichen Kriterien von der Rechtsgemeinschaft[109] vorzugeben sind. Es ist also zu prüfen, ob der Arzt bei seiner Entscheidung zum Behandlungs„abbruch" eine medizinisch-ärztlich vertretbare Ent-

---

[103] Dies wird allerdings eine nur theoretische Erwägung bleiben, da in derartigen Fällen die Erfolgsaussichten ohnehin allzu gering seien und eine größere Operation angesichts des geschwächten Zustandes des Patienten kontraindiziert sein dürfte.

[104] *Gahl* in Gethmann-Siefert/Gahl/Henckel, Studien zur medizinischen Ethik (Beckmann-FS, Bd. II), 2005, S.115, 116, spricht insofern von der Gefahr der „Korrumpierbarkeit".

[105] Vgl. *Verf.*, in: Schönke/Schröder (o. Fn. 11), § 15 Rn. 219 ff.

[106] Der hier ggf. in Leitlinien verkörperte ärztliche Standard bildet den wesentlichen Orientierungspunkt bei der einzelfallbezogenen Ermittlung ärztlicher Sorgfaltspflichten durch den Rechtsanwender, der dann aber zu prüfen hat, ob dieser Behandlungsstandard noch hinreichend den Schutzbedürfnissen des Patienten gerecht wird und ob im Einzelfall ein Abweichen vom ärztlichen Standard geboten war: Der von der ärztlichen Zunft selbstgesetzte Standard bestimmt also nur im Regelfall die Einhaltung der vom Recht geforderten Sorgfaltspflicht (*Verf.* in: Schönke/Schröder [o. Fn. 11], § 15 Rn. 219. Des Weiteren ist dafür Sorge zu tragen, dass durch vom Recht garantierte prozedurale Absicherungen Gewähr dafür besteht, dass Belange der Allgemeinheit im hinreichenden Maße berücksichtigt werden.

[107] Hierfür aber *Lindner*, JZ 2006, 373, 382; gegen ihn *Duttge*, JZ 2006, 898 ff. (ebenso abl. in Fortschr Neurol Pychiat 79 [2011], 582, 585; ebenfalls in: Jox u.a. [Hrsg.], Vegetative State [o. Fn. 44], S. 148) mit Erwiderung *Lindner*, ebd., 902 f.; grundsätzlich abl. auch *Verf.*, in: Schönke/Schröder, Vor § 32 Rn. 8.

[108] So *Eser* in: Auer/Menzel/Eser (o. Fn. 52), S. 82; ähnlich *Jähnke* in LK (o. Fn. 57), Vor § 211 Rn. 16.

[109] Hiermit ist nicht zwingend der parlamentarische Gesetzgeber gefordert.

scheidung ohne Berücksichtigung sachfremder Erwägungen getroffen hat. Insoweit kann auf die Kriterien zurückgegriffen werden,[110] die im allgemeinen Verwaltungsrecht zur Vermeidung von Beurteilungs- bzw. Ermessensfehlern entwickelt worden sind:[111] Der Arzt hat den maßgebenden Sachverhalt zutreffend und vollständig aufzuklären und bei seiner Entscheidung die einschlägigen Bewertungsmaßstäbe, die oben bei den medizinisch-ärztlichen Indikation skizziert worden sind, zu beachten. Des Weiteren hat er sachfremde,[112] willkürliche[113] oder sonst unsachliche Erwägungen zu unterlassen und seine Entscheidung hinreichend zu dokumentieren.[114] Insoweit besteht – und dies sei freimütig zugestanden – das derzeit noch ungelöste Problem, wie groß das Einfallstor für Überlegungen gerechter Ressourcenzuteilung[115] zuzuschneiden bzw. völlig zuzumauern ist. De lege lata dürfen meines Erachtens insoweit nur Überlegungen probalistischer und quantitativer Sinnlosigkeit in die ärztliche Entscheidung einfließen.[116] Sind diese Grenzen ärztlicher Indikationsstellung eingehalten und ist die Entscheidung des Arztes in sich schlüssig und nachvollziehbar, so hat die Rechtsordnung jede Entscheidung des abwägenden Arztes zu respektieren.[117]

Da die medizinisch-ärztliche Indikationsstellung vom Recht nicht blindlings übernommen, sondern auf Beurteilungsfehler überprüft wird, besteht auch eine im Interesse des Patienten gebotene prozedurale Kompensation fehlender inhaltlicher Vorgaben (Legitimation durch Verfahren[118]): Bei Unentscheidbarem, das aber entschieden werden muss, wird jedes prozedural ordentlich erlangte Ergebnis ak-

---

[110] So auch *Eser* in: Auer/Menzel/Eser (o. Fn. 52), S. 134 i.Z.m. der Konstellation, dass mehrere Patienten gleichzeitiger Versorgung bedürfen, nicht aber zugleich behandelt werden können.

[111] *Kopp/Schenke* Verwaltungsgerichtsordnung, 17. Aufl. 2011, § 114 Rn. 28 m.w.Nw.

[112] So läge etwa ein ggf. strafrechtliche Verantwortung auslösender Beurteilungsfehler vor, wenn der Arzt eine Weiterbehandlung ablehnt, weil es sich bei dem Patienten um einen Ausländer oder drogenabhängigen Obdachlosen handelt. In diesen Fällen wäre allerdings – so *Verf.* bereits in Seebode-FS (o. Fn. 72), S. 418 in Fn. 96 – die Behandlungsablehnung dann beurteilungsfehlerfrei erfolgt und damit auch (straf-)rechtlich vertretbar, wenn sie auf die begründete Prognose mangelnder Patientendisziplin nach dem Eingriff, die dann zum Misserfolg der Heilmaßnahme führen müsste, gestützt würde (fehlende Compliance des Patienten als Kontraindikation).

[113] Die Notwendigkeit eines willkürfreien Vorgehens bei der ärztlichen Gewissenentscheidung betont i.Z.m. der Verteilung knapper Ressourcen in der Medizin auch *Taupitz* in Wolter/Riedel/Taupitz (Hrsg.), Einwirkungen der Grundrechte auf das Zivilrecht, Öffentliche Recht und Strafrecht, 1999, S. 113, 124 ff., 131.

[114] Die Dokumentation dient allerdings nur dem ärztlichen Selbstschutz gegenüber zivil- oder strafrechtlicher Verfolgung; materiell hängt die Straffreiheit des Arztes hiervon nicht ab.

[115] Bereits 1977 deutlich angesprochen von *Eser* in: Auer/Menzel/Eser (o. Fn. 52), S. 135 f.; vgl. aber *dens.* in: Schönke/Schröder (o. Fn. 11), Vor § 211 Rn. 30: „wirtschaftliche Gründe [dürfen] nicht die Frage nach dem „Sinn" weiterer Lebensverlängerung für den Patienten verdrängen."

[116] Und dies ungeachtet des Umstandes, dass diese auch auf gerechte Ressourcenzuteilung zugeschnittenen Überlegungen letztlich auch ökonomisch motiviert sind.

[117] So auch *Verrel*, Jakobs-FS, 2007, S. 715, S. 729 (i.Z.m. der von ihm erweitert, d.h. unter Einschluss der Lebensqualität des Patienten [ebd., S. 729] verstandenen, ärztlichen Indikation).

[118] Hierzu im Zusammenhang mit der Regelung der Patientenverfügung in den §§ 1901a ff. BGB: *Verf.*, in: Roxin-FS (o. Fn. 42), S. 549 ff.

zeptiert.[119] Insoweit kann – um den Blick vom Ende des Lebens an seinen Beginn zu lenken – auf die rechtliche Vorgabe des § 218a Abs. 2 StGB verwiesen werden, wonach bei Unentscheidbarem am Lebensbeginn der Schwangerschaftsabbruch straffrei bleibt, wenn er „nach ärztlicher Erkenntnis“ anzeigt ist.

Vorliegend sollte – als weitere prozedurale Absicherung – der endgültigen Indikationsstellung des Arztes das Votum eines Klinischen Ethikkomitees bzw. einer anderweitigen Ethikkommission[120] eingeholt werden.[121] Diese Ethik-Kommissionen haben aber keine inhaltliche Entscheidung zu treffen, für die sie auch gar nicht legitimiert wären;[122] vielmehr haben sie „nur“ den Arzt zu beraten,[123] der allein[124] die Entscheidung zu treffen und rechtlich zu verantworten hat.

Sicherlich kann gegen diesen Lösungsansatz eingewendet werden, dass mit ihm ein gewisser Kontrollverlust des Rechts einhergeht. Dies sollte aber nicht beklagt werden, da gerade hierdurch ein Freiraum zur eigenverantworteten, ethisch geleiteten ärztlichen Entscheidung eröffnet wird.[125]

Auch wenn man wie der Verfasser das Selbstbestimmungsrecht des Einzelnen als Leitprinzip des Arzt-Patienten-Verhältnisses betont,[126] so hat man sich doch vor der verzerrenden Übertreibung zu hüten, eine am individuellen Krankenschicksal orientierte ärztliche Entscheidung zur Nichtweiterbehandlung *nur* noch bei entsprechenden Patientenverfügungen des Patienten anzuerkennen,[127] da dem Einzelnen dann die – ebenfalls in seinem Selbstbestimmungsrecht über die eigene Körperlichkeit und sein Weiterleben wurzelnde – Handlungsoption versperrt wür-

---

119 *Eser*, KritV 2000, 43, 45; zust. *Augsberg* in: Weilert (Hrsg.), Spätabbruch oder Spätabtreibung - Entfernung einer Leibesfrucht oder Tötung eines Babys?, 2011, S. 271, 280.

120 So für Zweifelsfälle auch die BÄK-Grundsätze zur ärztlichen Sterbegleitung 2011, vor I. (DÄ 108 [2011], A 346, 347); für den Bereich niedergelassener Ärzte, die im Bereich der Sterbehilfe im weiteren Sinne hier eine hochbedeutsame Rolle spielen, vgl. *Gágyor* in: Frewer/Bruns/May (Hrsg.), Ethikberatung in der Medizin, 2012, S.141 ff.

121 *Marckmann* in: Salomon (o. Fn. 21), S. 113; *Marckmann/Strech*, ZME 55 (2009), 15, 25; ebenso *T. Möller* (o. Fn. 60), S. 129 (als Provisorium bis zur gesetzgeberischen Entscheidung).

122 Krit. zur personell-organisatorischen demokratischen Legitimation öffentlich-rechtlicher Ethik-Kommissionen (z.B. nach § AMG) zuletzt *Keilpflug*, Demokratieprinzip und Ethikkommissionen in der medizinischen Forschung, 2012, passim und zsfd. S. 312.

123 Hierdurch sollen nicht nur Aspekte, die den Arzt bei seiner Indikationsstellung möglicherweise verborgen oder als nicht sonderlich relevant eingestuft geblieben waren, dem Arzt vor Augen geführt werden; darüber hinaus steht zu erwarten, dass durch regelmäßiges Einschalten von Ethik-Kommissionen auch eine gewisse Gleichbehandlung der Abbruchsentscheidungen (zumindest in Bezug auf ein bestimmtes Krankenhaus oder Örtlichkeit) bewirkt werden kann.

124 Zur zivilrechtlichen Haftung von Mitgliedern der Ethikkommission vgl. zuletzt *Säfgen* in: Frewer/Bruns/May (o. Fn. 120), S. 195 ff., sowie speziell unter dem Blickwinkel von Entscheidungen zur Behandlungsbegrenzung auch *Strätling*, MedR 2012, 428, 433 f.

125 Ein Verzicht auf detaillierte Normierung vermag die Verantwortlichkeit und Verantwortungskraft des Arztes zu entfalten (vgl. *Kirchhof* ZME 51 [2005], 229, 230). Nicht nur im Bereich der Sterbehilfe i. w. S. gilt: Je besser die ärztliche Binnensteuerung funktioniert, desto mehr kann auf rechtliche Vorgaben und Sanktionen verzichtet werden; Recht und Moral verhalten sich also wie zwei kommunizierende Röhren: was auf der einen Seite fehlt, muss auf der anderen gesteigert vorhanden sein.

126 Z.B. in Eser-FS, 2005, S. 1185, 1187.

127 So etwa Duttge, GA 2006, 573, 581, 583; *Höfling* JuS 2000, 111, 117.

de, derartige Behandlungsentscheidungen in die Hände des ihn behandelnden Arztes zu legen.[128] Auch stünde zu erwarten, dass die Steuerungs- und Kontrollfunktion des Rechts letztlich leer liefe: Die sich nach wie vor stellende Entscheidungsproblematik würde ja nur in den Bereich der Auslegung entsprechender Erklärungen, ggf. ergänzt oder ersetzt um Indikatoren für den mutmaßlichen Willen des Betroffenen, verschoben werden.

3. Der sog. übermäßige Behandlungswunsch

Abschließend soll noch ein kurzer Blick auf den sog. übermäßigen Behandlungswunsch[129] geworfen werden, eine Konstellation, die nach Berichten aus der ärztlichen Praxis alles andere als Seltenheitswert aufweist.[130] Eine derartige Konstellation liegt dann vor, wenn für eine Weiterbehandlung des Patienten vom behandelnden Arzt die medizinisch-ärztliche Indikation verneint wurde,[131] der Patient (bzw. sein Vertreter) aber entweder durch aktuelle Erklärung oder vorab in einer Patientenverfügung (also beispielsweise errichtet, ehe der Patient in ein Wach-Koma verfiel) diese Weiterbehandlung unter allen Umständen eingefordert hatte mit dem Ziel, möglichst lange am Leben erhalten zu bleiben.

Zwar hat der Bundesgerichtshof in Zivilsachen im Jahre 2003 insoweit entschieden,[132] dass „dem Selbstbestimmungsrecht des Betroffenen sich eine Antwort [auf die Frage, welche lebensverlängernden oder -erhaltenden Maßnahmen der Betroffene beanspruchen kann] nicht entnehmen [lässt]; denn dieses Recht lässt sich nur als Abwehrrecht gegen, nicht aber als Anspruch auf eine bestimmte Behandlung begreifen (…)“. Dies ändert aber nichts daran, dass die strafbewehrte Weiterbehandlungspflicht des Arztes[133] nur dann entfällt, wenn – so der hier verfochtene Vorschlag – insoweit keine medizinisch-ärztliche Indikation gegeben ist. In dem o. g. angedeuteten Fall eines Wach-Koma-Patienten wäre demzufolge ein Behandlungsabbruch unzulässig, da sowohl eine medizinische als auch eine ärztliche Indikation zur Weiterbehandlung vorliegen:[134] Das Leben des Patienten kann

[128] *Verf.*, Seebode-FS (o. Fn. 72), S. 419 in Fn. 102.

[129] Vgl. *Eser* in: Jens/Küng (Hrsg.), Menschenwürdig Sterben, 1995, S. 149, 153: „übermäßiger Lebensverlängerungsanspruch“.

[130] Z.B. *Marckmann/Sandberger/Wiesing*, DMW 135 (2010), 570, 573; *Winkler*, EthMed 22 (2010), 89 ff.; zuletzt *Alt-Epping/Nau*ck, EthMed 24 (2012), 19, 22 ff.

[131] Dazu, dass eine ärztliche Heilbehandlung bei fehlender Indikation, aber vorliegender Einwilligung des Patienten keineswegs per se zur Strafbarkeit führt: *Verf.*, Amelung-FS (o. Fn. 7), S. 326 ff.

[132] BGHZE 154, 205, 224 [= NJW 2003, 1588, 1592], im Anschluss an *Taupitz* (o. Fn. 25), S. A 23; Kutzer, MedR 2010, 531 im Anschluss an *Lipp* in: Meier/Borasio/Kutzer (Hrsg.), Patientenverfügung, 2005, S. 56, 61; *Strätling*, MedR 2012, 428, 430; *Verrel*, JZ 1996, 224, 226; ebenso Schöch/Verrel, GA 2005, 553, 573; einschränkend *Lilie*, Steffen-FS, 1995, S. 273, 276.

[133] Angesichts begrenzter Ressourcen offen gehalten von *Verrel*, JZ 1996, 224, 228.

[134] Auch würde eine seinem Wunsch entsprechende Weiterbehandlung nicht gegen die Menschenwürde des Patienten verstoßen (*Ingelfinger* [o. Fn. 43], S. 333; anders allerdings die gegenteilige Konstellation einer gegen den Willen des Patienten erfolgenden Zwangsbehandlung (*Hufen* NJW 2001, 849, 855 f.; *Verf.*, Seebode-FS [o. Fn. 72], S. 405).

erhalten werden. Aber auch die ärztliche Indikation liegt vor, da der Gesichtspunkt möglicherweise mangelnder Lebensqualität (infolge prognostizierbarer dauerhafter Bewusstlosigkeit) infolge der Patientendisposition als berücksichtigungsfähiges Kriterium ausscheidet.[135] Die wertende Entscheidung, ob dieses Leben noch über eine hinreichende Lebensqualität verfügt, hat sich an den individuellen Präferenzen des Betroffenen auszurichten;[136] [137] auch im umgekehrten Fall einer Behandlungsverweigerung, die durch die negative Einschätzung einer durch einen ärztlichen Eingriff erreichbaren Lebensqualität (etwa nach einer Amputation) begründet ist, entscheidet ja die je persönliche Bewertung durch den betroffenen Patienten.[138] Im Falle des Wach-Koma-Patienten läge im Regelfall auch keine bei der Indikationsstellung berücksichtigungsfähige probalistische oder quantitative Sinnlosigkeit vor. Somit hat eine Weiterbehandlung zu erfolgen.[139] Um der ärztlichen Berufsausübungs- und Gewissensfreiheit[140] hinreichend Rechnung zu tragen und den Arzt nicht zu einem aktiven Verhalten zu verpflichten, das er von seiner fachlich fundierten Einschätzung her ablehnt, dürfen die Ärzte die Behandlung des Patienten beenden. Sie haben aber die Verlegung des Wach-Koma-Patienten in eine seine Weiterbehandlung ermöglichende Institution, also regelmäßig ein Pflegeheim, zu ermöglichen; für die Übergangszeit bis zu seiner Verlegung ist die Behandlung fortzusetzen.[141]

---

[135] So auch *Duttge*, NStZ 2006, 479, 481; im Ergebnis auch *Schneider* in: MünchKomm-StGB (o. Fn. 32), Vor § 211 Rn. 130 m.w.Nw.

[136] *Duttge* Fortschr Neurol Pychiat 79 (2011), 582, 585; ebenfalls in: Jox u.a. (Hrsg.), Vegetative State (o. Fn. 44), S. 148; *Pieper* in: Gethmann-Siefert/Gahl/Henckel, Studien zur medizinischen Ethik (o. Fn. 104), S. 92, 100; *Verrel*, Jakobs-FS, 2007, S. 715, 729; *Synofzik/Marckmann* DÄ 104 (2007), C 2876, 2879.

[137] Eine Gewichtung zu gewinnender Lebensjahre mit ihrer jeweiligen Lebensqualität (quality adjusted life years) mag ein Hilfsmittel bei Erstellung der ärztlichen Indikation sein; dies ändert aber nichts daran, dass für die „Bemessung" eben dieser Lebensqualität ausschließlich die Wertepräferenzen des betroffenen Patienten maßgeblich sind; aus diesem Grunde skept. auch *Taupitz* in: Wolter/Riedel/Taupitz (Hrsg.), Einwirkungen der Grundrechte usw. (o. Fn. 113); S. 128; einschr. auch *Peintinger*, Ethische Grundfragen in der Medizin, 2009, S. 133 ff. unter dem Aspekt des Unterschiedes von Eigen- und Fremdeinschätzung. Zum beschränkten Nutzwert entsprechender Kosten-Nutzen-Analysen als Hilfsmittel der Wirtschaftlichkeitsmessung im Gesundheitswesen: *Wallner*, Health Care zwischen Ethik und Recht, 2007, S. 301 ff.

[138] Dreier, JZ 2007, 317, 323; vgl. auch BGHZE 90, 103, 111: „Das Selbstbestimmungsrecht des Patienten [. . .] schützt auch eine Entschließung, die aus medizinischen Gründen unvertretbar erscheint."

[139] So auch *Ingelfinger* (o. Fn. 43), S. 334, der insoweit aber gesetzgeberische Schranken für möglich hält (ebenso *Merkel*, ZStW 107 [1995], 545, 574); *Verrel*, Jakobs-FS (o. Fn. 136), S.726; tendenziell auch *Eser* in: Auer/Menzel/Eser (o. Fn. 52), S. 118; *Koch/v. Lutterotti* DMW 112 (1987), 1597, 1598.

[140] Diese legitimiert umgekehrt aber keine aktiven Eingriffe in Rechtsgüter des Patienten (*Verf.*, Eser-FS [o. Fn. 126], S. 1203).

[141] *Verf.*, Seebode-FS (o. Fn. 72), S. 420 in Fn. 105.

Krankenversicherungsrechtliche Perspektive

Prof. Dr. jur. Peter Udsching

I. Gesetzliche und Private Krankenversicherung

Die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) ist in Deutschland das System, das 90 % der Bevölkerung mit Krankenbehandlungsleistungen versorgt. Das Leistungsrecht der GKV, das im V. Buch SGB (Sozialgesetzbuch) geregelt ist, kennt keine Allokationsprobleme im Hinblick auf Alter und Morbiditätsgrad der Versicherten. In der privaten Krankenversicherung, die für die restlichen 10 % zuständig ist, ist der Leistungsumfang abhängig von individuellen Absprachen, die in Versicherungsverträgen ihren Niederschlag finden. Bei einer Vollversicherung oder anteilig bei einer beihilfekonformen Krankenversicherung – das ist ja die Versicherungsform, die für die Beamten zuständig ist – wird in der Regel auch eine Behandlung nach dem aktuellen Standard der medizinischen Erkenntnisse vereinbart. Insofern gibt es eigentlich keinen Unterschied zur gesetzlichen Krankenversicherung.

II. Umfassender Anspruch auf Krankenbehandlung

Die zentrale Botschaft des Sozialgesetzbuches V lautet: „Geleistet werden alle Behandlungsmaßnahmen, die nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse notwendig sind, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern.“ Die Rechtsgrundlagen finden Sie in § 27 Abs. 1 i.V.m. § 2 Abs. 2 Satz 2 SGB V. Eine

gesetzliche Grundlage für eine offene Rationierung gibt es in diesem System nicht. Weder Altersgrenzen noch bestimmte Diagnosen oder Behandlungsformen sind ausgeschlossen. Erst recht fehlt eine Generalklausel, die etwa unter Kosten-Nutzen-Aspekten den Gerichten die Möglichkeit eröffnen würde, Leistungsbegrenzungen anzuordnen.

Das ist in anderen Ländern anders – und auch die Ärzte hätten lieber eine offene Rationierung – oder zumindest eine Priorisierung von medizinischen Leistungen – als die verdeckte Form einer Rationierung, wie wir sie im System der GKV haben – dazu aber erst später.

Das medizinrechtliche Schrifttum wird zurzeit von einem Fall aus der Schweiz umgetrieben: Das schweizerische Bundesgericht verneinte Ende 2010 einen Anspruch auf Finanzierung einer Therapie mit Myozyme durch die Krankenversicherung zur Behandlung von morbus pompe[1] selbst in einem Fall, in dem ein hoher, allerdings keine Heilung versprechender therapeutischer Nutzen vorliegen sollte. Myozyme war nicht in der Spezialitätenliste verzeichnet, an der sich die Übernahme von Arzneimittelkosten in der Schweiz orientiert. Die Kosten iHv jährlich 500.000 Franken seien im Verhältnis zum Nutzen unangemessen; eine Kostenübernahme verstoße gegen das Gleichbehandlungsgebot. Verhältnismäßig seien allenfalls Kosten von um die 100.000 Franken pro gerettetes Menschenjahr. Das klingt schon stark nach Ökonomisierung der Gesundheitsversorgung. Eine vergleichbare Kompetenz zur Leistungsverweigerung unter Kosten-Nutzen-Aspekten gibt es auf der Grundlage des deutschen KV-Rechts nicht.

Das Bundesverfassungsgericht hat sogar – wie noch zu zeigen sein wird – geradezu eine gegenteilige Entwicklung eingeleitet, indem es der GKV auch die Pflicht zur Finanzierung von Heilversuchen auferlegt hat, deren Erfolgsaussichten allenfalls aus der Sicht des Patienten nachvollziehbar sind – und das ohne Rücksicht auf eine Kosten-Nutzen-Analyse.

III. Gesetzlich vorgesehene Einschränkungen des Leistungsanspruchs

1. Ausdrückliche Leistungsbegrenzungen

Ausdrücklich ausgeschlossen – und das sind schon Rationierungsaspekte – sind neuerdings nur nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel (§ 34 Abs. 1 Satz 1 SGB V) sowie verschreibungspflichtige Arzneimittel bei Bagatellerkrankungen (Schnupfen, Husten, Heiserkeit, § 34 Abs. 1 Satz 6 SGB V), außerdem Hilfsmittel von geringem oder umstrittenem therapeutischen Nutzen oder geringem Abgabepreis (§ 34 Abs. 4 SGB V). Aber das sind Dinge, die mit unserem Thema ja nur am Rande etwas zu tun haben.

[1] Erblich bedingte Stoffwechselkrankheit, die sich überwiegend in der Muskulatur bemerkbar macht.

Selbst bei diesen relativ geringfügigen Einschränkungen hat der Gesetzgeber zwischenzeitlich wieder Ausnahmen gemacht: werden nicht verschreibungspflichtige Medikamente bei schwerwiegenden, insbesondere bei lebensbedrohlichen Erkrankungen eingesetzt, sind die Kosten doch von den Krankenkassen zu übernehmen. Zu diesem Zweck wurde vom gemeinsamen Bundesausschuss eine Liste erstellt[2], in der die Indikationen verzeichnet sind, bei denen ein nicht verschreibungspflichtiges Arzneimittel doch zu Lasten der GKV verordnet werden kann.

2. Leistungseinschränkungen nach Kosten-Nutzen-Abwägungen

Kosten-Nutzen-Abwägungen kennt das System der GKV erst seit kurzer Zeit, und das auch nur bei der Festlegung von Preisen neuer patentgeschützter Arzneimittel. Kosten-Nutzen-Analysen wurden im deutschen Krankenversicherungssystem stets mit spitzen Fingern angefasst. Das wollte man eigentlich nicht. Die ärztliche Therapiefreiheit wurde stets als sakrosankt angesehen – solange sie sich innerhalb der Grenzen des Wirtschaftlichkeitsgebots bewegt. Mit dem Wirtschaftlichkeitsgebot, verankert in den §§ 2 Abs. 1 und 12 Abs. 1 SGB V, schiebt das System der GKV im Endeffekt immer den Leistungserbringern, also vor allem den Ärzten, den schwarzen Peter zu, wenn es um die Grenzen der Gewährung medizinischer Maßnahmen geht.

IV. Das Wirtschaftlichkeitsgebot als Steuerungsinstrument

Maßstab für den Inhalt des Anspruchs auf Krankenbehandlung sind die Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten, die von der medizinischen Fachwelt aktuell anerkannt sind, also der sogenannte aktuelle Standard. Was diesem Standard entspricht wird allerdings nur in sehr engen Grenzen der Beurteilung des einzelnen Arztes überlassen. Für den Patienten kommt diese Begrenzung nur in wenigen unbestimmten Rechtsbegriffen zum Ausdruck:

> Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen…

– und die Leistungserbringer dürfen sie nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen – § 12 Abs. 1 SGB V.
Konkretisiert wird der medizinische Standard unter der Knute des Wirtschaftlichkeitsgebots durch knallhart und detailversessen zusammengestellte Richtlinien und Empfehlungen des gemeinsamen Bundesausschusses.

[2] Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V fest, welche *nicht* verschreibungspflichtigen Arzneimittel, die bei der Behandlung schwerwiegender Erkrankungen als Therapiestandard gelten, zur Anwendung bei diesen Erkrankungen mit Begründung vom Vertragsarzt ausnahmsweise verordnet werden können (§ 34 Abs. 1 Satz 2 SGB V).

1. Der Gemeinsame Bundesausschuss als zentrales Steuerungsorgan der GKV

Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) ist das zentrale Steuerungsorgan im Leistungssystem der GKV. Er bestand ursprünglich nur aus Vertretern der Ärzte auf der einen und solchen der Kassen auf der anderen Seite.

An dieser Stelle muss ich daran erinnern, dass wir in Deutschland weder ein staatliches noch ein rein marktwirtschaftliches Gesundheitssystem haben, sondern ein System der Selbstverwaltung. Sowohl die Krankenkassen und ihre Verbände als auch die kassenärztlichen Vereinigungen sind Selbstverwaltungskörperschaften, die nur der staatlichen Rechtsaufsicht unterliegen. Dieses System geht im Ursprung auf genossenschaftliche Strukturen zurück, die Bismarck bei seiner Sozialgesetzgebung vor 130 Jahren übernommen hat. Das Krankenversicherungssystem in Deutschland wird nicht *per ordre de mufti* vom Bundesgesundheitsminister gesteuert.

Im Hinblick auf die Festlegung von Leistungsgrenzen bei der Krankenbehandlung muss man darauf hinweisen, dass in dem Steuerungsorgan GBA der gemeinsamen Selbstverwaltung neben den Leistungserbringern auf Seiten der Kassen sowohl Arbeitgeber als auch Arbeitnehmer vertreten sind. Die Vertreter der Arbeitnehmer, also der „Versicherten der Krankenkassen", sollen dabei sowohl die Interessen der Beitragszahler als auch die der Patienten wahrnehmen. Das ist schwierig, weil ja der Status des Patienten im Regelfall ein vergänglicher ist. Die rot-grüne Koalition hielt es deshalb für notwendig, zusätzliche Patientenvertreter in den GBA zu holen. Dadurch hat man zwar den Widerstreit der Interessen von Beitragszahlern und Patienten entschärft, auf der anderen Seite aber die Legitimation der oft umstrittenen Allokationsentscheidungen des GBA durch die demokratisch legitimierte Selbstverwaltung (Stichwort: Sozialwahlen) in Frage gestellt.

2. Vorbereitung der Zulassungsentscheidungen durch Studien

Die Grundlagen der Entscheidungen des gemeinsamen Bundesausschusses waren noch in den neunziger Jahren oft etwas undurchsichtig. Teilweise hatte man den Eindruck, dass etwa bei der Zulassung neuer Behandlungsmethoden allzu sehr die wirtschaftlichen Interessen der beiden Blöcke im Bundesausschuss maßgebend waren. Seit einiger Zeit hat sich der GBA allerdings strenge Richtlinien auferlegt, in denen genau festgelegt ist, welche Anforderungen an Forschungsergebnisse und Studien gestellt werden, mit denen der Nachweis der Wirksamkeit und des Nutzens neuer Methoden erbracht werden soll. Im Grundsatz soll Krankenbehandlung ausschließlich mit **Evidenz basierten Methoden** erfolgen.

Um dies sicher zu stellen werden die Entscheidungen von einem Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) vorbereitet. Das IQWiG gibt Aufträge zu Studien aus, um die Effizienz von Behandlungsmaßnahmen oder von Arzneimitteln und anderem zu prüfen.

3. Problem der Rechtssetzungsbefugnis des GBA

Rechtsdogmatisch entsteht hieraus ein großes Problem, vor dessen Lösung sich das Bundesverfassungsgericht seit ewigen Zeiten drückt. Es geht um die Frage, ob ein solcher „mysteriöser" Ausschuss Rechtssetzungsbefugnis hat. Darf er Recht setzen, das für jedermann gilt? Dafür bietet das Grundgesetz jedenfalls keine eindeutige Grundlage. Das Bundessozialgericht hat das als tradierte Rechtssetzung akzeptiert, so nach dem Motto: Das hat es immer schon gegeben und das hat gut funktioniert. Das Bundesverfassungsgericht ist der Beantwortung dieser Frage sowohl bei der Entscheidung zur Zulässigkeit von Festbeträgen für Arzneimittel[3] als auch bei der Zulassung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden[4] – jeweils nach sieben- bis achtjähriger Verfahrensdauer – ausgewichen. Aus der Frage nach der Rechtsetzungsbefugnis für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden ist übrigens – als Ausweichstrategie - der berühmt gewordene Nikolausbeschluss hervorgegangen, auf den ich noch zu sprechen komme.

4. Dominanz der Schulmedizin versus Nikolausbeschluss des BVerfG

Der aktuelle Standard medizinischer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden wird faktisch allein durch die Schulmedizin bestimmt. Das Gesetz enthält zwar eine Vorschrift, nach der die Behandlungsmethoden und Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen nicht ausgeschlossen sind. Wie aber sollen Evidenz basierte Studien etwa zur Homöopathie erstellt werden? Häufig dauert es auch einige Zeit, bis zu neuen Behandlungsmethoden entsprechende Studien vorliegen. Für diese Übergangszeit gibt es rechtlich hoch komplizierte Regelungen, die in Einzelfällen bei Vorliegen bestimmter Umstände eine Kostenübernahme durch die Kassen ermöglichen.

Angesichts dieser hohen Hürden gegenüber Methoden, deren Wirksamkeit nicht hinreichend sicher festgestellt ist, kann eine Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts vom *6. Dezember* 2005[5] – deshalb Nikolausbeschluss – nur verwundern: Der Kläger litt an der Duchenne'schen Muskeldystrophie, einer Krankheit, die auf einem genetischen Defekt beruht, die Gehfähigkeit erheblich einschränkt, zu Wirbelsäulenveränderungen führt und die Lebenserwartung stark einschränkt. Es wird nur eine symptomorientierte Behandlung (Cortisonpräparate, Operationen, Krankengymnastik) durchgeführt. Bislang gibt es keine wissenschaftlich anerkannte Therapie, die eine Heilung oder eine nachhaltige Verzögerung des Krankheitsverlaufs bewirken kann. Der Kläger verlangte die Übernahme der Kosten einer alternativen Heilmethode, der sog. Bioresonanztherapie, durch die Krankenkasse, die das ablehnte, weil der GBA die Zulassung dieser Methode abgelehnt hatte.

---

[3] BVerfGE 106, 275

[4] BVerfGE 115, 25 = sog. Nikolausbeschluss

[5] 1 BvR 347/98 = BVerfGE 115, 25

Das BVerfG hat es mit den Grundrechten aus Art. 2 Abs. 1 GG in Verbindung mit dem Sozialstaatsprinzip und aus Art 2 Abs. 2 Satz 1 GG als nicht vereinbar angesehen, einen gesetzlich Krankenversicherten, für dessen lebensbedrohliche oder regelmäßig tödliche Erkrankung eine allgemein anerkannte, medizinischem Standard entsprechende Behandlung nicht zur Verfügung steht, von der Leistung einer von ihm gewählten, ärztlich angewandten Behandlungsmethode auszuschließen, wenn eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung oder auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf besteht.

Es hat damit einen verfassungs-unmittelbaren Anspruch auf Behandlung mit einer Methode konstruiert, bei der eine auf Indizien gestützte Aussicht auf Heilung oder wenigstens auf eine spürbar positive Entwicklung des Krankheitsverlaufs besteht. Was dabei besonders pikant ist, aber erst im Nachhinein bekannt wurde: Diese Magnetresonanztherapie ist in den USA aus Gründen des Verbraucherschutzes gänzlich verboten.

Die Entscheidung hat den Kampf um alternative Heilmethoden neu befeuert, und Sie glauben nicht, wie viele alternative Methoden ständig bis in die dritte Instanz umkämpft werden; der erste Senat des Bundessozialgerichtes kann sich praktisch nur mit den alternativen Heilmethoden beschäftigen. In einschlägigen Fachkreisen ist diese Entscheidung ganz überwiegend auf große Ablehnung gestoßen. Vor allem, weil sie einem demokratisch legitimierten Gesetzgeber praktisch das Recht abspricht, das Krankenversicherungssystem im Interesse der Finanzierbarkeit des Gesundheitssystems nicht für Leistungen ohne nachgewiesene oder zumindest aus der Sicht der Schulmedizin erkennbare Wirksamkeit aufkommen zu lassen. Die Entscheidung ist aus meiner Sicht verhängnisvoll, weil sie den Gesetzgeber auf Dauer bindet und Geld in Kanäle steuert, die für das Gesundheitssystem insgesamt nicht sinnvoll sind. Es ist zugleich ein Beispiel dafür, dass wir Geld für Dinge ausgeben, die keinen messbaren Nutzen bringen. Die Motive des Bundesverfassungsgerichts sind interessant: Die Rechtsordnung dürfe einen mutmaßlich unheilbar Kranken nicht im Stich lassen und ihm das Gefühl vermitteln, ihm würden Arzneimittel für seine Heilung vorenthalten, von denen er sich subjektiv etwas verspricht. Dieser Gedanke kann einen Gesetzgeber durchaus veranlassen, eine entsprechende Regelung zu erlassen. Für sie müsste dann aber im gesellschaftlichen Diskurs und im parlamentarischen Prozess gestritten und eine Entscheidung gefunden werden. Es ist für mich nicht nachvollziehbar, dass sich eine Verpflichtung zum Erlass einer solchen Regelung aus dem Grundgesetz ergeben soll und der demokratisch legitimierte Gesetzgeber damit keine Entscheidungsmöglichkeit mehr hat.

5. Leistungskatalog der GKV und experimentelle Heilverfahren

Das fehlende Verständnis für die Verpflichtung der GKV zur Finanzierung von alternativen Heilmethoden wird vielleicht noch deutlicher, wenn man bedenkt, dass die Kosten neuartiger klinischer Behandlungsmethoden bei schwerwiegenden

Erkrankungen, die sich noch im Experimentierstadium befinden, aber nach wissenschaftlichem Befund Erfolgsaussichten versprechen, durchaus von den Kassen übernommen werden. Hier ergibt sich nur das Problem, dass den Kliniken bei experimentellen Heilverfahren zumeist nur begrenzte Ressourcen zur Verfügung stehen. In diesen Fällen berufen sich die Kassen nicht darauf, dass noch kein Wirksamkeitsnachweis vorliegt, den der GBA akzeptiert hat. Derartige experimentelle Verfahren werden vor allem in Universitätskliniken in großem Umfang durchgeführt und von der GKV finanziert, obwohl es noch keine standardisierten Methoden sind. Bei restriktiver Rechtsauslegung könnte man diese Methoden durchaus von der Finanzierung ausschließen.

6. Allgemeine Auswirkungen des Wirtschaftlichkeitsgebots

Wichtig erscheint mir – jenseits der Diskussion um alternative Heilmethoden - noch einmal darauf hinzuweisen, dass der Einsatz neuer und teurer Methoden von den Krankenkassen nur verlangt werden kann, wenn ihr Einsatz zwingend geboten ist und nicht nach sachkundiger ärztlicher Einschätzung durch preiswertere Methoden ersetzt werden kann. Das ergibt sich unmittelbar aus dem Wirtschaftlichkeitsgebot, der Magna Charta des Krankenversicherungsrechts. Diese Begrenzung des Leistungsanspruchs gegenüber der Kasse wird im Vergütungsrecht der Leistungserbringer umgesetzt. Der ambulant tätige Arzt, der im Verhältnis zu seinen Fachkollegen in erheblich größerem Umfang teure Methoden einsetzt oder teure Arzneimittel verordnet, wird mit Honorarkürzungen oder Arzneimittelregressen belegt. Die Begrenzung auf die preiswerte oder preiswertere Methode ist aus der Sicht der GKV jedenfalls keine Rationierung. Soweit im Beitrag von Herrn Strech der Begriff „nützlich" verwendet wurde, um die Grenze von Rationierung zu beschreiben, muss ich widersprechen. Was bedeutet nützlich? Das Krankenversicherungsrecht verlangt, dass eine medizinische Leistung zumindest für die Linderung von Krankheitsbeschwerden unverzichtbar ist. Da verlangen Juristen eine größere Trennschärfe, als das vielleicht bei anderen Professionen der Fall ist. Ärzte sehen das häufig anders; vor allem deshalb, weil sie nur den Einsatz der jeweils optimalen Methode für ausreichend halten, Haftungsrisiken oder gar strafrechtliche Konsequenzen auszuschließen; nach dem Motto: Wenn wir auch denjenigen, der mit einem einfachen Röntgenbild gut diagnostiziert werden könnte, in die CT-Röhre oder womöglich noch in das MRT schieben, sind wir auf der sicheren Seite. Dann kann nachher kein Richter sagen: „Sie haben da nicht sorgfältig gearbeitet."

An dieser Stelle fordert die GKV vom Arzt eine Abwägung zwischen den zur Verfügung stehenden Methoden und die Wahl der jeweils preiswerteren Methode. Steht aber eine preiswertere Methode nicht zur Verfügung oder ist sie mit unzumutbaren Belastungen verbunden, dann ist auch der Einsatz aufwendigster Methoden geboten und muss von den Kassen finanziert werden. Wenn sie vom Arzt nicht eingesetzt werden, obwohl die Auswirkungen des Verzichts auf die gebotene Methode zu letalen Folgen führen, dann liegt ein Behandlungsfehler vor, gegebe-

nenfalls mit strafrechtlichen Konsequenzen. Der Arzt kann sich jedenfalls nicht damit herausreden, dass teure Maßnahmen nicht bezahlt würden. Ich werde zum Schluss allerdings noch darauf zu sprechen kommen, dass eine Entlastung im individuellen Behandlungsverhältnis kaum möglich ist; aus ärztlicher Sicht ist das eine Hinterhältigkeit des deutschen GKV-Systems.

7. Trotz Wirtschaftlichkeitsgebot: Behandlung auch im EU-Ausland möglich

Erhält der Kassenpatient eine dem Standard entsprechende Methode bei einem Leistungserbringer in Deutschland nicht, so kann er immer noch ins EU-Ausland ausweichen. Der europäische Gerichtshof hält es für ein Gebot der Dienstleistungsfreiheit, dass innerhalb der EU grenzüberschreitend Gesundheitsleistungen angeboten und in Anspruch genommen werden können. Er hat jedenfalls die Kassen dazu verurteilt, die durch eine Behandlung im Ausland entstandenen Kosten zu erstatten. Das deutsche Vertragsarztsystem wird durch diese europarechtliche Großzügigkeit ziemlich ausgehebelt, weil das System der Mengenbegrenzungen – etwa durch degressive Honorarregelungen – hierdurch umgangen werden kann. Das merkt man nur deshalb nicht so deutlich, weil davon in erster Linie nur die grenznahen Regionen betroffen sind.

V. Indirekte Rationierung durch entgeltwirksame Mengenbegrenzungen

Jetzt komme ich zu der anderen Seite der Medaille, nämlich zum Honorierungssystem medizinischer Leistungen in der deutschen GKV, das zu einer indirekten Rationierung führt, und zwar durch Budgetierung und andere entgeltwirksame Mengenbegrenzungen.

1. Keine Einzelleistungsvergütung in der ambulanten Versorgung

In der ambulanten Versorgung besteht kein Anspruch auf Vergütung von Einzelleistungen, sondern nur ein Anspruch auf Beteiligung an der Gesamtvergütung entsprechend dem Gesamtumfang der erbrachten Leistungen. Das ist hinsichtlich der maßgebenden Rechtsgrundlagen so kompliziert, dass ich es Ihnen jetzt im Detail vorenthalten will. Dazu gibt es schon hypertroph detailversessene untergesetzliche Regelungen, die, wie etwa der Honorarverteilungsmaßstab, zudem von kassenärztlicher Vereinigung zu kassenärztlicher Vereinigung, unterschiedlich sind. Die Krankenkassen zahlen für alle von niedergelassenen Ärzten im Gebiet einer kassenärztlichen Vereinigung erbrachten Leistungen eine Gesamtsumme. Deren Höhe errechnet sich nur höchst mittelbar aus der Summe der erbrachten Leistungen. Es erfolgt vielmehr in erster Linie eine Fortschreibung früherer Gesamtbeträ-

ge auf der Grundlage der Steigerung der Lohnsummen der Versicherten. Das heißt, die Leistungserbringer werden in gewisser Weise in Haftung genommen auch für das Morbiditätsrisiko der Patienten. Bei der Aufteilung der Gesamtvergütung auf die einzelne Arztpraxis kommt es zu Honorarbegrenzungen je Behandlungsfall. Man will damit Leistungsausweitungen verhindern, die durch das Sachleistungssystem verursacht werden (der Patient als Kunde zahlt die Rechnung nicht und wird deshalb durch die Kosten nicht von der Inanspruchnahme unnötiger Leistungen abgehalten). Das Sachleistungssystem verführt zu angebotsinduzierter Nachfrage – oder – wie es der Gesundheitsökonom ausdrückt: es begünstigt „moral hazard".

Da der Patient medizinische Maßnahmen tendenziell großzügig in Anspruch nimmt, bürdet das GKV-System dem Arzt die Rolle des Sparkommissars auf!

Verbreitet sind sogenannte Praxisbudgets oder Regelleistungsvolumina. Das sind Honorarobergrenzen, denen betriebswirtschaftlich ermittelte Durchschnittswerte für die verschiedenen ärztlichen Fachgruppen zugrunde liegen. Kinderärzte sind zumeist ganz schlecht dran, Labormediziner oder Radiologen liegen am oberen Rand; ein Grund für die Unterschiede liegt auch in der Anzahl der jeweils anfallenden apparativen Leistungen, bei denen in die Bemessung des Honorars auch ein Investitionsanteil einfließt. Überschreitet die Gesamtsumme, die sich für den einzelnen Arzt aus der Summe der erbrachten Einzelleistungen ergibt, das Praxisbudget beziehungsweise die Richtgröße, so werden die Mehrleistungen entweder gar nicht mehr oder allenfalls noch degressiv vergütet.

Es ist nicht so, dass der Kassenarzt am Ende des Quartals nicht mehr für seine Leistungen bezahlt wird. Eine solche Sichtweise geht davon aus, dass der Vertragsarzt einen Vergütungsanspruch nach Einzelleistungen habe, was aber gerade nicht der Fall ist. Er ist vielmehr gehalten, das ihm zur Verfügung stehende Honorarvolumen auf die leichteren und schwereren Behandlungsfälle zu verteilen. Er ist nicht verpflichtet, pro Kopf etwa immer den Höchstbetrag einzusetzen, der für die betroffene Fachgruppe pro Quartal zur Verfügung steht. Das System geht davon aus, dass jeder Arzt sogenannte Verdünnerfälle hat, durch die ein übermäßiger Aufwand bei einzelnen Patienten ausgeglichen wird. Typisch hierfür ist etwa der Patient, der jedes Quartal eine Arzneimittelverschreibung anfordert. Auch für den bekommt der Arzt den vollen Pro-Kopf-Satz, der für seine Fachgruppe vorgesehen ist. Dieses System führt allerdings nicht zu einer Erhöhung des Honorarvolumens, wenn der Arzt möglichst viele Patienten aufwendig behandelt. Ein besonderes Patientengut wird jedoch bei der Bemessung des Praxisbudgets beziehungsweise der Richtgröße durch entsprechende Zuschläge berücksichtigt, also etwa Zuschläge für Rentner, für chronisch Kranke und für andere Patientengruppen, deren Behandlung mit übermäßigem Aufwand verbunden ist.

2. Begrenzung der Vergütung durch Wirtschaftlichkeitsprüfungen

Zusätzliche Entgeltbegrenzung gibt es dann noch durch Wirtschaftlichkeitsprüfungen, die sich vor allem auf das Verschreibungsverhalten der Ärzte beziehen. Auch insoweit gibt es nach statistischen Methoden festgelegte Richtgrößen, die nach Fachgruppen ermittelt sind. Überschreitet der Arzt die Richtgrößen um mehr als 25 % hat er die hierdurch entstehenden Mehrkosten den KK zu erstatten, soweit er keine Praxisbesonderheiten geltend machen kann. Aber auch insoweit sind wieder Praxisbesonderheiten (Zahl der Rentner, chronisch Kranken und sonstige aufwendige Behandlungsfälle) zu berücksichtigen. Gerade extrem teure Behandlungsfälle können dort geltend gemacht werden. Trotzdem bietet dieses System für besonders qualifizierte Ärzte praktisch keine Leistungsanreize, weil es auf überdurchschnittliche Nachfrage mit degressiven Honoraren reagiert.

3. Vergütung stationärer Leistungen

Im stationären Bereich haben wir – Ausnahme Psychiatrie – eine Bezahlung nach Leistungskomplexen, den sogenannten DRGs; das sind Fallpauschalen, und auch die werden von einem Institut auf betriebswirtschaftlicher Grundlage kalkuliert. Zusätzlich werden noch krankenhausindividuelle Zusatzentgelte vereinbart, mit denen auf Besonderheiten des jeweiligen Krankenhauses Rücksicht genommen werden kann. Wenn aber das Krankenhaus mehr Behandlungsfälle erbringt als im Vorhinein prospektiv vereinbart worden sind, dann muss es sogenannte Mehrerlöse zum Teil wieder zurückzahlen. Mindererlöse (das Krankenhaus hat weniger Fälle oder Fälle mit geringerem Aufwand behandelt) werden teilweise ausgeglichen. Es kommt so im Ergebnis zu einem Schutz leistungsschwacher Krankenhäuser, die bei einem reinen Preissystem nicht wettbewerbsfähig wären; dafür sorgen aber auch die Kommunen, die eine flächendeckende stationäre Versorgung sichergestellt sehen wollen. Entgelte für Leistungen, die noch nicht vom DRG-System erfasst werden – etwa für neue Behandlungs- und Untersuchungsmethoden – werden für jedes Krankenhaus individuell vereinbart.

Probleme gibt es bei Krankenhäusern, die nicht effizient arbeiten, die also ein großes Behandlungsspektrum haben, fehlende Auslastung, teure apparative Ausstattung und eine zu geringe Größe. In diesem Zusammenhang gilt es, einen ganz wesentlichen Aspekt zu beachten: Ein großer Teil der unnützen Kosten werden in Deutschland im stationären Bereich durch den föderalen Staatsaufbau verursacht. Die Länder sind für die Krankenhausplanung zuständig, und nicht ohne Grund hat der Verband der Universitätsklinika in neuester Zeit eine Pressemeldung herausgegeben: Deutschland hat im internationalen Vergleich viel zu viele Krankenhäuser. Und damit meint er in erster Linie kleine Kreiskrankenhäuser. Die dichtzumachen, ist fast unmöglich. Auch die Krankenkassen schaffen es nicht, einen Versorgungsvertrag mit einem Krankenhaus zu kündigen, das im Krankenhausbedarfsplan eines Landes verzeichnet ist.

VI. Antinomie zwischen Leistungs- und Leistungserbringerrecht

Insgesamt basiert das System der GKV auf einer Antinomie zwischen Leistungs- und Leistungserbringerrecht: Das Leistungsrecht vermittelt – wie ich zu Beginn versucht habe darzustellen - individuelle Ansprüche nach dem aktuellen Standard der Medizin; das Leistungserbringerrecht sieht dafür aber kollektive Vergütungen vor. Dieser Gegensatz ist schwer aufzulösen. Die Angemessenheit einer medizinischen Maßnahme lässt sich nur global prüfen. Sie wird in erster Linie statistisch ermittelt. Und wenn der Arzt sagt: „Ich kann damit meinen Pflichten nicht so nachkommen, wie ich dies aus fachlichen und ethischen Gründen eigentlich tun müsste", so kann er das im einzelnen Behandlungsfall kaum nachweisen.

Was die Honorierung der ärztlichen Leistungen betrifft, hat der Arzt nach dem Gesetz einen Anspruch auf eine angemessene Vergütung, die sich beim Vertragsarzt aber auf die gesamte Tätigkeit bezieht und nicht auf einzelne Maßnahmen oder einen einzelnen Patienten.

Das Bundessozialgericht hat die Angemessenheit einmal so definiert, dass der Arzt vor Steuern ein Einkommen erzielen müsse, das unter Berücksichtigung der Einnahmen aus Privatpatienten einer Beamtenbesoldung entspreche, die eine vergleichbare Ausbildung voraussetze. Auf dieser Basis landet man in Deutschland etwa bei den Besoldungsgruppen A15 oder A16. Bislang ist es noch keinem Arzt – auf der Basis üblicher Arbeitszeiten und Patientenzahlen – gelungen, eine Unterschreitung dieser Grenze nachzuweisen.

Analysiert man die Angemessenheit der Vergütung von Krankenhausleistungen mit einem ähnlichen Maßstab, so muss man feststellen, dass man auch mit prospektiv vereinbarten Krankenhausbudgets auskommen kann. Das sieht man schon an der rasant wachsenden Zahl von Krankenhäusern in privaten Klinikkonzernen. Jedenfalls befinden sie sich bislang nicht in wirtschaftlichen Schwierigkeiten. Sie sind vielmehr eher das Ziel finanzkräftiger Anleger, wie der geplatzte deal zwischen Fresenius und Rhön-Kliniken deutlich macht. Man hat auch noch nicht gehört, dass die privaten Klinikkonzerne häufiger Arzthaftungsprozessen ausgesetzt sind.

Zwischen „Myozyme“ und „Nikolaus“: Die Ratlosigkeit des (deutschen) Rechts

Prof. Dr. jur. Gunnar Duttge

I. Die Ökonomisierung der Medizin

Eine Pressemitteilung der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e.V. erregte vor wenigen Monaten großes Aufsehen. Dort war u.a. zu lesen: „Unter den Bedingungen des DRG-Systems haben sich die Krankenhäuser in den letzten Jahren gewandelt – von Einrichtungen der Daseinsfürsorge zu Unternehmen oder Krankenhauskonzernen. Sie fordern von ihren Ärzten mehr Fälle pro Arzt und höhere Erlöse pro Bett. Organisiert wie Industrieunternehmen werden Krankheiten zu Ware, Ärzte zu Anbietern und Patienten zu abgerechneten Fällen. (…) Ärzte werden dazu animiert, die Unternehmensziele über das Primat des Patientenwohls zu stellen“[1]. Die Folgen dieser Ökonomisierung sollen sich dabei in zwei gegensätzlichen Entwicklungstendenzen manifestieren: Einerseits werden die knappen Gesundheitsressourcen (z.B. in Gestalt von zur Verfügung gestellten Betten, des Einsatzes kostspieliger Diagnostikapparaturen, der Betreuung durch Ärzte und Pflegekräfte) mitunter selbst bei zweifelhafter therapeutischer Notwendigkeit eingesetzt, sofern es sich nur für den betriebswirtschaftlichen Erfolg des Hauses „rechnet“; andererseits besteht die Sorge, dass wiederum aus ökonomischen Gründen eine Therapie selbst dann begrenzt oder gar nicht mehr begonnen wird, wo sie zur

[1] Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V., DRG-Finanzierung der Krankenhäuser und Bonussysteme für Ärzte: Fehlentwicklungen durch falsche Anreize stoppen!, Pressemitteilung v. Juli 2012, online: http://www.dgim.de/portals/pdf/Presse/20120718_Home%20DGIM%20Im%20Krankenhaus%20Fehlentwicklungen%20durch%20falsche%20Anreize%20stoppen.v.pdf.

Lebenserhaltung eigentlich dringend erforderlich wäre. Im Rahmen eines Experteninterviews in der Wochenzeitung „Die Zeit" meinte vor diesem Hintergrund der Arzt und Medizinethiker *Urban Wiesing*, dass letztlich die Ökonomie der Medizin zu dienen habe und nicht umgekehrt.[2] Doch was meint das eigentlich, und was sollte daraus konkret folgen?

Lässt man die Debatten der letzten Jahre Revue passieren, so dürfte es mehrere Fakten geben, die im Grunde unstreitig sind: Erstens stehen Gesundheitsressourcen wie alle irdischen Güter nur begrenzt zur Verfügung. Es ist daher gänzlich unrealistisch, die Ressourcenproblematik nach der Devise „more of the same" bewältigen zu wollen. Dabei lässt sich zweitens das Phänomen beobachten, dass es gerade der medizinische „Fortschritt" ist, der die Gesundheitsausgaben stetig anwachsen lässt; neue Innovationen wollen schließlich auch genutzt werden, darin zeigt sich die sog. „Fortschrittsfalle"[3]. Der viel zitierte demographische Wandel bewirkt zugleich, dass jedenfalls die Einnahmenseite schrumpft, wobei durchaus eine gewisse Plausibilität dafür besteht, dass die gestiegene Lebenserwartung und das überproportional häufige Antreffen alter Menschen auf Intensivstationen auch auf der Ausgabenseite nicht kostenneutral sein dürfte. Drittens fallen besonders die letzten Monate im Leben eines Menschen ökonomisch besonders ins Gewicht, wobei jedoch viertens die Intensivmedizin wohl mit ganz erheblichen prognostischen Schwierigkeiten zu kämpfen hat, die jeweils verbleibende Lebenszeit eines Menschen selbst wenige Tage vor seinem Versterben verlässlich abzuschätzen. Weil tödlich erkrankte Menschen eine besonders vulnerable Gruppe darstellen, für die wir auch emotional die größtmögliche Fürsorge zu spenden bereit sind, wird schließlich fünftens allein schon die Frage nach einer „Allokationsentscheidung am Lebensende" als ein Tabubruch sondergleichen empfunden.

Das Problem ist jedoch: Wer die Frage nicht stellt, verschließt die Augen vor der klinischen Realität. Denn in dieser bilden ökonomische Aspekte offenbar durchaus einen relevanten Faktor bei Therapieentscheidungen, und zwar auch in der letzten Lebensphase. Einige Bekanntheit hat etwa eine Befragungsstudie unter 1.000 Intensivstationen in Deutschland vor wenigen Jahren erlangt, die Resultate zutage förderte,[4] die wegen der Brisanz des Thematik sicherlich eher noch zu niedrig als zu hoch angesetzt sein dürften: 41 % der Befragten gab darin an, dass die Kosten- und Ressourcenfrage auch dann einen Einflussfaktor darstelle, wenn rein kapazitätsmäßig die Aufnahme bzw. Fortsetzung der Maximaltherapie grundsätzlich möglich sei. 67 % der Antwortenden meinten, dass eine sog. „Rationierung" stattfinde, d.h. an sich vorhandene Ressourcen u.U. vorenthalten werden, wobei als Rationierungsmaßnahmen wohl vor allem die vorzeitige Verlegung auf andere Stationen und die Verordnung weniger kostspieliger Medikamente eine Rolle

[2] *Faller/Grefe*, „Klappe halten und wegsehen", in: Die Zeit v. 20.9.2012, online: http://www.zeit.de/2012/39/Krankenhaeuser-Medizinbetrieb-Gespraech.

[3] *Krämer*, in: Köbberling (Hrsg.), Die Wissenschaft in der Medizin, 1992, S. 115 ff.

[4] Zum Folgenden: *Boldt/Schöllhorn*, Der Anästhesist 2008, 1075 ff.

spielen.[5] Gelegentlich werden Patienten abgelehnt, obwohl andere Patienten auf der Intensivstation liegen, deren intensivmedizinische Behandlung als nicht sinnvoll angesehen wird. In den einschlägigen Lehrwerken der Intensivmedizin begegnet heute – häufig unter dem Stichwort „Qualitätsmanagement“ – fast regelhaft die Frage nach dem „sinnvollen“ Einsatz knapper Ressourcen; in einem klassischen Lehrwerk heißt es dazu geradezu programmatisch: „Die Kernfrage ist nicht, wie viel geben wir aus, sondern, was bekommen wir dafür und ist es uns das wert?“[6] Und ein anderes Standardwerk wirft unverblümt die Frage auf: „Was ist ein statistisches Menschenleben wert?“[7]

Die Frage nach dem ökonomische „Nutzen“ einer lebensverlängernden Behandlung ist somit auch bei Patienten mit sog. infauster Prognose längst Teil der klinischen Realität, und sie hat erhebliche ökonomische Relevanz, bedenkt man nur, dass in Deutschland jährlich ca. zwei Millionen Menschen in etwa 21.000 Intensivbetten behandelt werden, was gemessen am Anteil der Gesamtbettenkapazität (5 %) ein Vierfaches (20 %) der Krankenhauskosten produziert.[8] Ob dieser Mitteleinsatz in diesem Umfang gerechtfertigt ist, darüber besteht allem Anschein nach erhebliche Unklarheit: Dass es hier – möglicherweise nicht nur selten – auch zu einer „weniger sinnvollen“ Ressourcenverwendung kommen könnte (was immer das konkret bedeuten mag), dafür spricht nicht zuletzt das tradierte Selbstverständnis der modernen Intensivmedizin – gerichtet auf unbedingte Lebenserhaltung – wie auch der empirisch belegbare „Strohhalmeffekt“[9]: In einem erst unlängst berichteten Fall hat er etwa zum wiederholten Einsatz einer hochbelastenden Chemotherapie geführt, obgleich sowohl behandelnde Ärzte als auch die eingeschaltete interdisziplinäre Tumorkonferenz zur Einschätzung gelangt sind, dass die Wahrscheinlichkeit eines vorzeitigen Versterbens durch die Therapie weit größer ist als der erhoffte Nutzen.[10] Die aus diesem Anlass aufgeworfene Frage, ob nicht ein nachdrücklicher Patientenwunsch als „indikationsdefinierender Co-Faktor“ verstanden werden müsse, weist auf den Kern des Problems: die ärztliche Indikationsstellung bei tödlich erkrankten Patienten ohne Heilungsperspektive. Denn offenbar hat die moderne Intensivmedizin größte Schwierigkeiten, sich selbst Grenzen zu setzen. Der inzwischen ausgerufene „Paradigmenwechsel“ in dem Sinne, dass nicht eine „Lebensverlängerung um jeden Preis“, sondern die „Lebensqualität“ des Schwerkranken und ein „würdevolles Sterben“ im Zentrum stehen solle,[11] wirft jedoch neue, komplexe Fragen auf: Was soll „würdevolles

[5] In ca. 30 % der Fälle soll über die Verordnung teurer Medikamente der Chefarzt persönlich entscheiden.

[6] *Scherer/Prien/van Aken*, in: von Aken et al. (Hrsg.), Intensivmedizin, 2. Aufl. 2007, S. 8.

[7] *Krämer*, in: Junginger et al. (Hrsg.), Grenzsituationen in der Intensivmedizin, 2008, S. 103.

[8] Vgl. *Boldt/Schöllhorn*, Der Anästhesist 2008, 1075, 1078.

[9] Siehe etwa *Husebø/Klaschik*, Palliativmedizin, 4. Aufl. 2006, S. 316 ff.

[10] Siehe näher *Alt-Epping/Nauck*, Ethik in der Medizin 2012, 19, 24 ff.

[11] Z.B. *Dembinski/Kuhlen/Quintel*, in: Buchardi et al. (Hrsg.), Die Intensivmedizin, 11. Aufl. 2011, S. 3 ff.

Sterben" eigentlich bedeuten, wer soll über die „Lebensqualität" eines Menschen befinden, insbesondere: lässt sich diese „von außen" überhaupt beurteilen (Problem des Fremdverstehens), und kann das Unterschreiten eines Mindestmaßes an „Lebensqualität" bzw. „Würde" angesichts der Irreversibilität des Todes die Begrenzung einer lebenserhaltenden Therapie rechtfertigen? Immerhin wissen wir aus der Ethicus-Studie, dass 99 % der Patienten, denen eine laufende Therapie entzogen worden ist bzw. 89 %, denen eine Therapie von vornherein vorenthalten wurde, die Klinik nicht mehr lebend verlassen.[12]

Eines ist dabei klar: Solange die Indikationsstellung ohne transparenten Beurteilungsmaßstab von Klinik zu Klinik, Station zu Station und jeweils behandelndem (Ober-)Arzt (Ärztin) verschieden erfolgt, besteht die Gefahr, dass auch ökonomische Überlegungen wie insbesondere die Kosten einer Therapieoption – und zwar verdeckt und nach willkürlichem Kalkül – Eingang in die individuelle Behandlungsentscheidung finden, was dann gerne durch Verweis auf das „ärztliche Gewissen" und die Kollektivverpflichtung der Ärzteschaft (vgl. § 1 Abs. 1 S. 1 MBO-Ä)[13] tabuisiert wird. Dass die Einbeziehung von Patientenwünschen keine effektive Handhabe hiergegen bildet, erklärt sich schon daraus, dass viele Intensivpatienten gar nicht mehr in der Lage sind, ihre Wünsche verlässlich zu artikulieren. Die anstelle dessen abzurufenden Voten der Bevollmächtigten bzw. Betreuer (vgl. §§ 1896 ff., 1901, 1901a, b BGB) sowie der (sonstigen) Angehörigen unterfallen denselben Fehldeutungsrisiken wie die spekulative Ermittlung des sog. „mutmaßlichen Willens", weil niemals zweifelsfrei garantiert werden kann, dass dabei nicht Fremdinteressen – gewiss zum Teil menschlich verständliche (z.B. psychische, soziale und finanzielle Belastungen durch die Pflege) – einfließen.[14] Zudem beförderte die (teilweise) Einbeziehung von Patientenwünschen in die – ärztliche (!) – Indikationsstellung die Entstehung einer Art „Wunschmedizin", die nicht nur die ärztliche Professionalität aus den Augen verliert, sondern durch ihren „Zurufcharakter" auch gewiss nicht die Ressourcenproblematik (angemessen) löst. Welche Orientierung bietet nun aber das Recht?

II. Die „Antworten" des (deutschen) Rechts

Man kann den ernüchternden Befund auf einen einfacher Nenner bringen: Das (deutsche) Recht bietet keinerlei Orientierung und ignoriert das Problem! Soweit das Krankenversicherungsrecht durch explizite Leistungskürzungen (z.B. § 34 SGB V), durch Budgetisierung und Pauschalisierung (z.B. in Gestalt der DRGs) und

[12] *Sprung/Cohen et al.*, End-of-life practices in European intensive care units: the Ethicus Study, JAMA 290 (2003), 790 ff.

[13] § 1 Abs. 1 S. 1 MBO-Ä lautet: „Ärztinnen und Ärzte dienen der Gesundheit des einzelnen Menschen *und der Bevölkerung*."

[14] Siehe etwa *Duttge*, in: Breitsameter (Hrsg.), Autonomie und Stellvertretung in der Medizin, 2011, S. 34 ff.; *ders.*, in: Höver/Baranzke/Schaeffer (Hrsg.), Sterbebegleitung: Vertrauenssache, 2011, S. 143, 161 ff.

durch die Wirtschaftlichkeitskontrolle des „Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen" (IQWiG, vgl. §§ 139a ff. SGB V) – vermittelt durch die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (vgl. § 92 SGB V) – die ökonomische Dimension in den Blick nimmt, beruht dies stets auf der Fiktion, dass dies ausschließlich eine „Rationalisierung", nicht aber eine „Rationierung" zur Folge habe. So verlangt das sog. „Wirtschaftlichkeitsgebot" des § 12 SGB V das Vermeiden unwirtschaftlicher Leistungen nur insoweit, als sie das Maß des „Notwendigen", „Zweckmäßigen" und „Ausreichenden" überschreiten. Mit anderen Worten muss dieser Gesetzessystematik zufolge all jenes, was ärztlicherseits „indiziert" ist, auch verordnet werden (siehe §§ 2 Abs. 1 S. 3, 106 Abs. 2a Nr. 1 SGB V).[15] Das Wirtschaftlichkeitsgebot beschränkt sich somit auf jene Konstellationen, in denen es Alternativen gibt, um das gewünschte Therapieziel mit einer „ausreichenden" und „zweckmäßigen" Leistung ebenfalls – aber eben kostengünstiger – zu erreichen.[16] Dass dies womöglich nur graue Theorie sein könnte und die klinische Praxis sehr wohl rationierende Effekte kennt, sei es durch die Richtlinien des G-BA, durch die Budgetisierung oder durch „kostensensible" Verordner bei konkreten Therapieentscheidungen in Krankenhäusern oder Vertragsarztpraxen, liegt gleichsam jenseits dessen, worauf das Recht überhaupt blickt. Mehr noch: Selbst innerhalb der sozialrechtlichen Systematik lässt sich dem Gebot der Wirtschaftlichkeit bei näherer Betrachtung gar keine eindeutige Vorgabe entnehmen, weil – auf dem Boden des therapeutisch Notwendigen etc. – einigermaßen unklar ist, wie die beiden Variablen – „Aufwand" und „Nutzen" – miteinander ins Verhältnis gesetzt werden sollen. Konkret: Rechtfertigt ein höherer (potentieller) Nutzen stets die höheren Kosten, oder muss auf der Basis eines „Mindestnutzens" stets das kostengünstigste Mittel gewählt werden? Geht es mithin um den bestmöglichen Erfolg oder um die geringstmöglichen Kosten – oder um etwas dazwischen? Die Relativität dessen, worauf die „Wirtschaftlichkeit" eigentlich bezogen sein soll, macht das Gebot schwer operationabel und liefert die Entscheidung des ihm immanenten Zielkonflikts letztlich der faktischen Durchsetzungsmacht der beteiligten „Player" aus.[17]

Der sog. „Nikolaus-Beschluss" des BVerfG hat inzwischen allerdings für „extreme Gesundheitslagen"[18] die Rechtslage deutlich zugunsten einer unbedingten Leistungs- und damit Lebenserhaltungspflicht verändert: Danach darf einem gesetzlich Krankenversicherten, der an einer „lebensbedrohlichen oder regelmäßigen tödlich verlaufenden Erkrankung" leidet, die Inanspruchnahme einer von ihm gewählten ärztlichen Leistung nicht verwehrt werden, wenn „eine auf Indizien

[15] Siehe *Wenner*, in: Prütting (Hrsg.), Fachanwaltskommentar Medizinrecht, 2. Aufl. 2011, § 12 SGB V Rn 3: „keine Legitimation, das Behandlungsniveau … auf Barfußmedizin zu reduzieren…".

[16] Statt vieler nur *Waltermann*, in: Kreikebohm (Hrsg.), Kommentar zum Sozialrecht, 2. Aufl. 2011, § 12 SGB V Rn 5 a.E.

[17] Dazu instruktiv *Quaas/Zuck*, Medizinrecht, 2. Aufl. 2008, § 9 Rn 26 ff., 47.

[18] *Steiner*, in: Kingreen/Laux (Hrsg.), Gesundheit und Medizin im interdisziplinären Diskurs, 2008, S. 129, 139.

gestützte, nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung oder auf spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf" besteht und allgemein anerkannte, dem medizinischem „Standard" entsprechende Therapieoptionen nicht zur Verfügung stehen.[19] Diese im Kern auf die Schutzpflicht des Staates zugunsten des Lebens (Art. 2 Abs. 2 GG) und auf das Sozialstaatsprinzip (Art. 20 Abs. 1, 28 Abs. 1 GG) mit Blick auf die grundsätzliche Versicherungspflicht (§ 5 SGB V) und das Beitragsprinzip (§ 3 SGB V) gestützte, inzwischen auch explizit in Gesetzesform gefasste (vgl. § 2 Abs. 1a SGB V)[20] Entscheidung stellt bemerkenswerterweise auf die individuelle ärztliche Einschätzung des konkreten Einzelfalls ab und nicht darauf, ob die betreffende Methode Anerkennung in der klinischen Praxis gefunden hat.[21] Mit dieser individualisierenden, die Befindlichkeit des einzelnen Patienten in den Vordergrund rückenden Betrachtungsweise steht dieses höchstrichterliche Judikat in einem klaren Gegensatz zum kollektivistischen Belang der „finanziellen Stabilität" des GKV-Systems[22] und zu den sonst geltenden, gesetzlich wie medizinisch geforderten Wirksamkeitsanforderungen („evidence based medicine")[23]. Und man wird im Ganzen eine Zweiteilung der verfassungsrechtlich gebotenen Gesundheitsstandards konstatieren müssen mit einem Anspruch auf Vollversorgung, soweit es um Leben und Tod geht, womöglich sogar unter Einschluss einer Arzneimittelversorgung im compassionate bzw. off-label-use (d.h. ohne Zulassung bzw. jenseits des zugelassenen Anwendungsgebiets),[24] sofern Therapieoptionen (i.w.S.) nicht evident ungeeignet[25] erscheinen. Insoweit hat das BVerfG der Möglichkeit einer Leistungsbegrenzung aus ökonomischen Gründen somit eine klare Absage erteilt.[26]

Damit ist natürlich noch keineswegs gesagt, dass die vom BVerfG eingeschlagene Grundrichtung – die Akzentuierung der individuellen „Bedürftigkeit" als leitendes Allokationskriterium – gänzlich unzutreffend wäre. Ganz im Gegenteil sprechen gewichtige Gründe durchaus für die Annahme, dass die staatliche

---

[19] BVerfG NJW 2006, 891 ff.

[20] Die Anwendungsvoraussetzungen des § 2 Abs. 1a SGB V sind noch um eine sehr unbestimmt gefasste dritte Kategorie erweitert: „Versicherte mit einer lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlich verlaufenden Erkrankung *oder mit einer zumindest wertungsmäßig vergleichbaren Erkrankung*…". – Damit hat der Gesetzgeber dem Rechtsanwender folgendes Rätsel aufgegeben: Welcher Krankheitszustand könnte gemeint sein, der mit lebensbedrohlichen bzw. regelmäßig tödlich verlaufenden Erkrankungen vergleichbar, aber zugleich etwas anderes ist? In der Sache dürfe es naheliegen, auf diesem Weg die chronischen Erkrankungen einzubeziehen, siehe dazu bereits *Kingreen*, NJW 2006, 877, 879.

[21] So aber die st. Rspr. des Bundessozialgerichts, siehe etwa BSGE 81, 54 ff.

[22] Mit Blick hierauf krit. bzw. abl. daher *Heinig*, NVwZ 2006, 771 ff.

[23] Siehe *Huster*, JZ 2006, 466, 467: einbegriffen sind jetzt auch „Behandlungsmethoden mit äußerst ungewissen Erfolgsaussichten".

[24] Vgl. dazu *Gödicke*, NVwZ 2006, 774 ff., der zudem negative Rückwirkungen auf die Zulässigkeit placebokontrollierter Arzneimittelstudien befürchtet.

[25] Die Annahme *Steiners* (in: Kingreen/Laux [Hrsg.], Gesundheit und Medizin im interdisziplinären Diskurs, 2008, S. 129, 139), dass der Beschluss aufgrund seiner eng gefassten Formel unseriösen Methoden nicht zur Kassenfinanzierung verhelfe, ist m.E. keineswegs gesichert.

[26] Wie hier auch die Einschätzung von *Heinig*, NVWZ 2006, 771 ff.; *Huster*, JZ 2006, 466, 468.

Grundverpflichtung zur Erhaltung der „Selbstzweckhaftigkeit“ eines jeden Menschen (Art. 1 Abs. 1 GG) dazu drängt, den besonders Bedürftigen vorrangig Ansprüche auf Hilfe und Unterstützung einzuräumen.[27] Im Sinne einer solchen Position, die sich begrifflich als „bedürfnissensibler Egalitarismus“[28] kennzeichnen lässt, können im Kern sämtliche gerechtigkeitstheoretischen Konzeptionen zur Begründung des modernen Sozialstaats[29] gelesen werden, so u.a. auch die prominenten gerechtigkeitstheoretischen Überlegungen von *Rawls*. Nach dessen „zweitem Gerechtigkeitsgrundsatz“ müssen sich soziale Ungleichheiten bekanntlich zum größtmöglichen Vorteil der am wenigsten Begünstigsten auswirken, und nach der „zweiten Vorrangregel“ bei einer Wohlstandsmehrung auch die Chancen der Benachteiligten verbessern:[30] „Die Menschen im Rahmen des Grundplans der Gesellschaft als Zweck an sich selbst behandeln heißt, auf solche Vorteile zu verzichten, die nicht jedermanns Aussichten verbessern; die Menschen als Mittel zu behandeln heißt dagegen, den bereits Benachteiligten um anderer willen noch schlechtere Lebenschancen aufzuerlegen“.[31] Die mehr oder minder hohe Relevanz des „Bedürftigkeits“-Kriteriums besagt aber noch nichts darüber, ob nicht die „Erfolgsaussicht“ im Sinne einer Nutzenmaximierung ebenfalls bedeutsam sein könnte. Bekanntlich sind dies die beiden Fixpunkte im Kontext eines vieldiskutierten Sonderbereiches der Verteilung knapper Gesundheitsressourcen: der Allokation postmortal gewonnener Organe: Hier ist schon von Gesetzes wegen vorgegeben, dass neben der „Dringlichkeit“ (§ 12 Abs. 3 S. 1 TPG) bzw. „Notwendigkeit“ (§ 10 Abs. 2 Nr. 2 TPG) auch dem zu prognostizierende „Nutzen“, hier vor allem mit Blick auf die Gewebeverträglichkeit und im Ganzen die langfristige Funktionalität des Transplantats und verbesserte Lebensqualität für den Organempfänger,[32] Bedeutung im Rahmen der Vermittlungsentscheidung zukommt. Gegenstand der Kritik ist allerdings, dass das Verhältnis dieser beiden – tendenziell gegenläufigen – Grundkategorien im Gesetz offen geblieben ist (und im Laufe der Zeit offenbar erheblichen Schwanken unterliegen kann)[33]; weil dies wie auch die weitere Konkretisierung und Fallgruppenbildung (z.B. in mehrere Dringlichkeitsstufen) zwangsläufig Werturteile voraussetzt, wird zudem die verschleiernde Inbezugnahme des Gesetzes auf den „Stand der Erkenntnisse der me-

---

27 Siehe bereits *Duttge*, in: Duttge/Dochow/Waschkewitz/Weber (Hrsg.), Recht am Krankenbett – Zur Kommerzialisisierung des Gesundheitssystems, 2009, S. 139, 149 ff.

28 *Gutmann*, in: Schöne-Seifert/Buyx/Ach (Hrsg.), Gerecht behandelt? Rationierung und Priorisierung im Gesundheitswesen, 2006, S. 31, 35.

29 Dazu statt vieler nur *Kersting*, Rechtsphilosophische Probleme des Sozialstaats, 2000, insbes. S. 16 ff.

30 *Rawls*, Eine Theorie der Gerechtigkeit, 1975, S. 336 f.

31 *Rawls* (Fn 30), S. 206.

32 Vgl. statt vieler nur *Smit/Gerling/de Boer*, Intensivmedizin 2005, 489, 490.

33 Zum „Paradigmenwechsel“ der Bundesärztekammer in der Leberallokation – von der Erfolgsaussicht zur Dringlichkeit – im Überblick *Gutmann*, Stellungnahme im Rahmen der öffentlichen Anhörung des Gesundheitsausschusses vom 29.6.2011 (Ausschuss-Drucks. 17(14)0148(4), S. 15 f.); neuerdings wird generaliter eine stärkere Gewichtung der „Erfolgsaussicht“ gefordert, vgl. *Siegmund-Schulze*, Deutsches Ärzteblatt 2010, A-2367 f.

dizinischen Wissenschaft“ kritisiert.[34] Für die hiesige Fragestellung verdient jedoch besondere Hervorhebung, dass die Zuteilung des jeweiligen Organs an einen bestimmten Empfänger stets nur unter vergleichender Berücksichtigung der „Wertigkeiten“ konkurrierender Nachfrager erfolgt und die sog. „high urgent“-Patienten (HU) in den einschlägigen Richtlinien der Bundesärztekammer zwar mit einem bestimmten „Punktwert“ bessergestellt, aber nicht absolut priorisiert werden.[35]

Mag man in den Details auch manches entdecken, was an der aktuellen Rechtslage zur postmortalen Organspende kritisch hinterfragt werden könnte: Sie zeigt jedoch für dieses spezielle Anwendungsgebiet der Allokationsproblematik eine essentielle Grundentscheidung, die für die anderen Gesundheitsbereiche nicht ohne Selbstwiderspruch der Rechtsordnung[36] ignoriert werden kann. Die Elemente dieser Grundentscheidung sind folgende: Wie noch einmal angeführt werden muss, wird erstens der fundamentale Belang der Chancengleichheit im Verhältnis der Konkurrenten zueinander hier – im Kontext des Transplantationsrechts – sehr wohl in den Blick genommen, indem jede einzelne Zuteilung nur auf der Basis einer „einheitlichen Warteliste“ (vgl. § 12 Abs. 3 S. 2 TPG), d.h. stets nur im Rahmen einer vergleichenden Bewertung nach (teils gesetzlich, teils durch Richtlinie) vorgegebenen Kriterien erfolgen kann.[37] Die individuelle Bedürftigkeit („Dringlichkeit“) bildet dabei zweitens zwar durchaus einen gewichtigen Belang, beansprucht aber nicht das Gewicht eines unübersteigbaren „Trumpfes“ innerhalb der Abwägung. Vielmehr kommt auch der jeweiligen „Erfolgsaussicht“, orientiert am individuellen Nutzen des jeweiligen (potentiellen) Organempfängers, Relevanz zu.[38] Mehr noch: Zwischen diesen beiden Basiskriterien besteht in abstracto Gleichrangigkeit, und erst im Rahmen des Konkretisierungsprozesses lassen sich innerhalb einer abgestuften Klassifikation relationale Vor- bzw. Nachrangigkeiten ausmachen. Im Kern stützen sich diese auf eine allgemeine komparative Regel[39], die sich etwa in dem Sinne formulieren lässt: „Je dringlicher der Bedarf bei diesem Patienten und je wahrscheinlicher das Gelingen und je höher der Benefit bei ihm,

---

34 Siehe insbesondere *Gutmann*, in: Schroth/König/Gutmann/Oduncu (Hrsg.), TPG. Kommentar, 2005, § 12 Rn 23 ff.; *Höfling*, Transplantationsgesetz. Kommentar, 2003, § 12 Rn 24 ff.; *Lang*, MedR 2005, 269, 274 ff.

35 Zu den Einzelheiten siehe auch *Schreiber/Haverich*, Deutsches Ärzteblatt 2000, A-385 f.; weiterhin *Breyer et al.* (Hrsg.), Organmangel. Ist der Tod auf der Warteliste unvermeidbar?, 2006, S. 27: „relatives Gewicht“.

36 Zur „Einheit der Rechtsordnung“ grdl. die gleichnamige Schrift von *Karl Engisch* aus dem Jahre 1935.

37 Dass in der Vergangenheit zur Vermeidung eines Organverlusts in Einzelfällen die Regeln unter – zweifelhaftem – Verweis auf § 34 StGB (siehe dazu Handkommentar Gesamtes Strafrecht (HK-GS)/*Duttge*, 3. Aufl. 2013, § 34 Rn 23) auch umgangen worden sind, soll hier nicht weiter berücksichtigt werden.

38 Weitere, speziell durch die besonderen Rahmenbedingungen der postmortalen Organspende (wie insbesondere der sog. Länderquotient) bedingte Kriterien bleiben im hiesigen Rahmen ebenfalls außer Betracht.

39 Rechtstheoretisch handelt es sich um eine Ausprägung des sog. typologischen Denkens, dazu m.w.N. *Duttge*, in: Joerden/Byrd/Hruschka (Hrsg.), Jahrbuch für Recht und Ethik Bd. 11, 2003, S. 103 ff.

desto größere Berechtigung hat die Entscheidung, das betreffende Organ (= das knappe Gut) bei der Auswahl des Organempfängers aus der Vielzahl der Kandidaten gerade diesem Patienten zuzuteilen“. Drittens sind reine Kostenerwägungen kein relevanter Parameter, sondern es werden fraglos die größtmöglichen Anstrengungen erwartet, um die organisatorischen Hindernisse möglichst effektiv zu bewältigen. Dass die räumliche Entfernung zwischen Explantations- und Impantationsort aber durchaus Berücksichtigung findet, ist der Sorge vor einer evtl. Organschädigung geschuldet.[40] Freilich hat die Erfahrung gezeigt, dass die ökonomische Dimension in Form von Kostenerstattung und Vergütung sehr wohl einen – u.U. sogar gewichtigen – Faktor in Bezug auf die tatsächlichen Abläufe darstellt: Unzureichende finanzielle Entschädigungen gelten als maßgebliche Ursache sowohl für die defizitäre Beachtung der Meldepflicht seitens der Entnahmekrankenhäuser (vgl. § 9a Abs. 2 Nr. 1 TPG) als auch für das vereinzelte Scheitern von Transporten.[41] Viertens schließlich liegen Zuständigkeit und Verfahren der Organverteilung aufgrund vorgegebener Regelungen nicht in der Dispositionsmacht des einzelnen behandelnden Arztes, sondern es besteht vielmehr eine grundsätzliche Trennung zwischen Therapieentscheidung und – auf übergeordneter Ebene institutionalisierter – Organallokation (scil: durch die sog. „Vermittlungsstelle“, in concreto ist dies die private Stiftung „Eurotransplant“, vgl. § 12 Abs. 1, 2 TPG).[42] Auch hier hat die jüngste Erfahrung allerdings gezeigt, dass die Einhaltung der Verfahrensregeln (insbesondere bei der Aufnahme von Patienten auf die Wartelisten) nur bei verlässlichen Kontrollen gesichert ist.[43]

In diesem Lichte zeigt sich nun sehr deutlich, worin das wesentliche Defizit zu erblicken ist, wenn angesichts begrenzter Ressourcen die am Ende unausweichlichen Allokationsfragen durch den jeweiligen Arzt innerhalb eines konkreten Behandlungsgeschehens entschieden werden: Wenn eine Therapie aufgrund eines negativen Nutzen-Aufwand-Kalküls, d.h. eines als „unverhältnismäßig“ empfundenen Ressourceneinsatzes mit Rücksicht auf andere Patienten begrenzt wird, dann geschieht dies nicht anhand eines übergreifenden, wohlbegründeten und transparenten Beurteilungsmaßstabes, sondern notgedrungen willkürlich. Denn niemand verfügt über den nötigen Gesamtüberblick über das ganze Patientenkollektiv (dieses Krankheitsbildes) und die gesamten Ressourcen (dieser Art), um eine sachgerechte und deshalb gegenüber dem betroffenen Patienten faire, d.h. chancengleiche Entscheidung treffen zu können. Im besten Falle agiert der jeweilige Arzt anhand eines subjektiven Maßstabes, der aber nur von ihm zugrunde

---

40 *Smit/Gerling/de Boer*, Intensivmedizin 2005, 489, 491 f.

41 Für einen „ökonomischen Anreiz“ zwecks Erhöhung der Meldequoten: *Schroth*, in: Duttge/Dochow/Waschekwitz/Weber (Fn 27), S. 1, 8.

42 Dies wird z.T. als verfassungsrechtlich bedenklich bzw. verfassungswidrig beurteilt, so etwa von *Gutmann* (Fn 33), S. 16 f.

43 Zur bis dato defizitären Überwachung näher *Lilie*, in: Deutsch-II-FS 2009, S. 331 ff.; zur Sanktionierbarkeit von Auffälligkeiten de lege lata et ferenda: *Verrel*, in: Lilie/Rosenau/Hakeri (Hrsg.), Die Organtransplantation – Rechtsfragen bei knappen medizinischen Ressourcen, 2011, S. 181 ff.

gelegt wird, im schlechteren Fall ohne jedweden Maßstab von „Fall“ zu „Fall“ ad hoc kraft seiner Intuition. Davon abgesehen stellt sich unvermeidlich die Legitimationsfrage, da es sich doch um eine gesamtgesellschaftlich bedeutsame Angelegenheit handelt. Hierin dürfte die Ursache dafür zu finden sein, dass „Rationierungen“ – die allem Anschein nach schon längst Teil der klinischen Realität sind[44] – meist nach außen verdeckt, d.h. nur implizit vorgenommen und mitunter selbst vor dem eigenen Gewissen verschleiert werden. Dann ist zur eigenen Entlastung die Rede von der „Sinnlosigkeit“ der Therapieverlängerung, vom „unwürdigen Leben“, einer mangelnden „Lebensqualität“ oder gar von einem „Dahinvegetieren“[45], als habe der noch lebende Mensch bereits seinen Personenstatus verloren. Dabei lässt sich von einer „Sinnlosigkeit“ im strengen, naturgesetzlichen Sinne nur sprechen, wenn die betreffende Therapieoption absehbar keinerlei positive bzw. ausschließlich negative Wirkungen haben wird. Diese Maßnahme nicht zu ergreifen ist juristisch und ethisch unproblematisch, ja sogar geboten. Das ist aber nicht die Situation, um die in der klinischen Praxis die große Mehrzahl der Fälle von Therapiebegrenzung kreisen. Regelmäßig geht es um Konstellationen, in denen einer Therapie durchaus lebensverlängernde und die Symptome abmildernde Potenz zukommt, freilich ohne jedwede Aussicht auf eine Heilung. Wenn Patienten mit einer solcherart „infausten Prognose“ nicht mehr (maximal) versorgt werden, so impliziert dies zwangsläufig ein Werturteil über das gute Leben, das jedenfalls nicht in der (alleinigen) Deutungshoheit des behandelnden Arztes liegt. Im Übrigen ist auch das Zuwarten auf die „nächste Lungenentzündung“ lediglich eine Argumentationsstrategie, welche die eigene Verantwortung lieber an „Natur“ und „Schicksal“ abtreten möchte.[46]

Ebenso bedeutsam ist aber noch eine weitere Einsicht: Selbst wenn sich der behandelnde Arzt einer Therapiebegrenzung verweigern und dem tödlich Erkrankten mit Blick auf dessen besondere Bedürftigkeit alle überhaupt vorhandenen Ressourcen zugänglich machen würde, verletzt er unvermeidlich die Chancengleichheit – jetzt freilich nicht im Verhältnis zu diesem (weil bevorzugten) Patienten, sondern im Verhältnis zu den vielen anderen. Aus gesamtgesellschaftlicher Perspektive muss es schlechterdings inakzeptabel erscheinen, wenn über den Zugang zu Gesundheitsleistungen die beliebige subjektive Haltung der jeweiligen Arztperson und die Zufälligkeit der Arztwahl entscheiden. Eine angemessene, chancengleiche Verteilung der Gesundheitsleistungen erfordert vielmehr entsprechende Vorklärungen und -entscheidungen auf gesamtgesellschaftlicher Ebene; wie sehr das Fehlen jedweder Vorgaben der Willkür Tür und Tor öffnet,

[44] So jedenfalls seit Jahren schon die Bundesärztekammer; siehe auch die Umfrageergebnisse eines von *Huster* geleiteten BMBF-Projekts zum Generalthema „Ethische, ökonomische und rechtliche Aspekte der Allokation kostspieliger biomedizinischer Innovationen“, berichtet in: MedEconRuhr v. 7.9.2009.

[45] Dazu eingehend *Ingensiep*, in: ders./Rehbock (Hrsg.), „Die rechten Worte finden…“, 2009, S. 123 ff.

[46] Denn die Entscheidung, eine „nächste Lungenentzündung“ nicht mehr bekämpfen zu wollen, ist selbstredend eine menschliche (ärztliche) und keine „natürliche“!

lässt sich etwa am Umgang mit sog. Wachkomapatienten („persistent vegetative state“ bzw. „unresponsive wakefulness syndrome“[47]) veranschaulichen: Hier begegnen derzeit diametral unterschiedliche Praktiken, von einer radikalen Beendigung der künstlichen Ernährung und Flüssigkeitsgabe nach Ablauf der für ein evtl. Erwachen schulmedizinisch konsentierten Zeitspanne[48] bis hin zu einer Langzeitpflege ad infinitum (etwa aus der Perspektive der sog. „Beziehungsmedizin“[49]) – und dazwischen liegen die Fälle einer unwillkürlich-intuitiven Begrenzung nach drei, fünf oder sieben Jahren ohne jedweden rationalen Beurteilungsmaßstab, oder die Hoffnung auf den Betreuer bzw. Bevollmächtigten, um den „Schwarzen Peter“ an die plötzlich gepriesene „Patientenautonomie“ abzuwälzen. Wie sehr auch die verfasste Ärzteschaft im Ganzen an der Aufgabe scheitert, hier eine gewisse Orientierung und Wegweisung zu schaffen, zeigen die „Grundsätze zur ärztlichen Sterbebegleitung“ in ihren Fassungen von 2004 bzw. 2011 eindrucksvoll:[50] Während sich die Bundesärztekammer zunächst auf die kryptische Feststellung beschränkte, dass die Dauer der Bewusstlosigkeit „kein alleiniges (?) Kriterium für den Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen“ sein dürfe,[51] spricht die Neufassung jetzt von der Notwendigkeit einer Situation, in welcher der betreffende Patient „nach ärztlicher Erkenntnis aller Voraussicht nach in absehbarer Zeit sterben werde“.[52] Damit wird die Entscheidungsmacht ganz an die subjektiv-willkürliche Einzelfallbeurteilung der ärztlichen „Indikation“ rückdelegiert, als herrschte hier ein rechts- wie sozialethikfreier Raum.

III. Das „Myozyme“-Urteil als Vorbild?

Problemlagen wie die hier verhandelte sind in aller Regel kein Spezifikum nur einer ganz bestimmten Gesellschaft(-sordnung) – konkret: Fragen einer gerechten Verteilung knapper Gesundheitsressourcen stellen sich generell wie auch in der gesteigerten Konfliktssituation bei Patienten am Lebensende in allen wohlhabenden Gesellschaften, die einerseits über eine kostspielige Hochleistungsmedizin verfügen und andererseits eine Umkehrung der Bevölkerungspyramide erfahren. Nicht überall wird die Thematik jedoch in gleichem Ausmaß tabuisiert und damit einer Lösung entzogen wie in Deutschland. Merklich geringere Berührungsängste haben

---

[47] So der jüngste Vorschlag zur Terminologie, siehe dazu *Jox*, Fortschritte der Neurologie – Psychiatrie 2011, 576 ff.; *von Wild* et al., Deutsches Ärzteblatt 2012, A-143 ff.

[48] Die Schulmedizin geht bei traumatischen ZNS-Verletzungen von einer „Irreversibilität“ nach einem Jahr und bei akuten nichttraumatischen Hirnläsionen schon nach drei Monaten aus, vgl. *Nacimiento*, in: Höfling (Hrsg.), Das sog. Wachkoma – rechtliche, medizinische und ethische Aspekte, 2005, S 39 f.

[49] Vgl. *Zieger*, in: Höfling (Fn 48), S. 49 ff.

[50] Zum Folgenden ausführlicher *Duttge*, Fortschritte Neurologie – Psychiatrie 2011, 582 ff.

[51] *Bundesärztekammer*, Grundsätze zur ärztlichen Sterbebegleitung, Deutsches Ärzteblatt 2004, A-1298 ff.

[52] *Bundesärztekammer*, Grundsätze zur ärztlichen Sterbebegleitung, Deutsches Ärzteblatt 2011, A-346 ff.

offenbar unsere Nachbarn in der Schweiz, denn dort findet schon seit mindestens 10-15 Jahren eine intensive, interdisziplinär und offen geführte „Rationierungsdebatte" statt.[53] So war etwa eine Arbeitsgruppe der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften über mehrere Jahre hinweg mit der gründlichen Aufarbeitung der Thematik befasst, was 2007 in ein umfängliches Positionspapier der SAMW mündete. Darin findet sich mit besonderem Nachdruck die Empfehlung formuliert, dass die Begrenztheit der Ressourcen in Politik und Gesellschaft anerkannt und auf diese Vorgegebenheit mit einer durchdachten, insbesondere zwischen den verschiedenen Allokationsebenen differenzierenden Strategie reagiert werden sollte.[54] Die aktualisierte Fassung der medizinethischen Richtlinien und Empfehlungen zu „Intensivmedizinische Maßnahmen", die sich derzeit in der sog. „Vernehmlassung" befindet,[55] enthält für das benannte Anwendungsgebiet diskussionswürdige Konkretisierungen: Danach soll im Rahmen eines mehrstufigen Verfahrens zuerst versucht werden, ein Optimum an Ressourcen zu akquirieren; in einem zweiten Schritt müsse sodann – wenn erstgenanntes nicht ausreiche – „eine Ausdünnung der personellen und materiellen Ressourcen bis zum minimal akzeptablen Qualitätsstandard für alle Patienten angestrebt werden"[56]. Wenn jedoch auch dies nicht ausreiche, sei in der dritten Stufe eine „gerechte Triage", d.h. ein „Sortieren" des Patientenkollektivs nach Dringlichkeitskategorien,[57] unvermeidlich – mit der Folge, dass dann „Patienten mit ungünstiger Prognose, bei denen eine zeitlich befristete Intensivtherapie im Normalfall indiziert wäre, […] außerhalb der Intensivstation betreut [werden müssen]"[58]. Zwar dürfe ein Therapieabbruch auch im Katastrophenfall nicht mit einer allgemeinen Ressourcenknappheit begründet werden, d.h. es dürfen nicht freie Plätze gewissermaßen auf Vorrat geschaffen werden"; demgegenüber könne es aber u.U. „gerechtfertigt sein, bei einem Patienten mit ungünstiger Prognose die Therapie dann abzubrechen, wenn ein anderer Patient mit erheblich besserer Prognose für sein Überleben auf das Freiwerden dieses Behandlungsplatzes angewiesen ist"[59].

Diese bedeutsamen, auch weil sicher die (insgeheime) Mehrheitsauffassung in der klinischen Praxis weitgehend treffenden Überlegungen werfen mehrere

[53] Zu dieser Debatte näher *Kocher*, in: Zimmermann-Acklin/Halter (Hrsg.), Rationierung und Gerechtigkeit im Gesundheitswesen, 2007, S. 45 ff.; *Zimmermann-Acklin*, in: Wild/Pfister/Biller-Adorno (Hrsg.), DRG und Ethik. Ethische Auswirkungen von ökonomischen Steuerungselementen im Gesundheitswesen, 2011, S. 127 ff.

[54] Zu den Einzelheiten siehe *SAMW*, Rationierung im Schweizer Gesundheitswesen: Einschätzung und Empfehlungen. Bericht der Arbeitsgruppe „Rationierung" im Auftrag der Steuerungsgruppe des Projektes „Zukunft Medizin Schweiz", 2007, S. 97 ff. (abrufbar unter: http://www.samw.ch/de/Publikationen/Positionspapiere.html).

[55] Entwurfsfassung vom November 2012, abrufbar unter: http://www.samw.ch/de/Ethik/Richtlinien/Richtlinien-in-Vernehmlassung.html.

[56] *SAMW*, Intensivmedizinische Maßnahmen (Entwurf, Fn 55), Ziff. 8.3. (S. 26).

[57] Dazu grdl. *Eberle*, in: Lanz/Rossetti (Hrsg.), Katastrophenmedizin, 1980, S. 29 ff.; *R. Kirchhoff*, in: ders. (Hrsg.), Triage im Katastrophenfall, 1994, S. 11 ff.; *W. Lübbe*, Ethik Med 2011, Bd. 13, S. 148 ff.

[58] Wie Fn 56.

[59] Wie Fn 56.

kritische Nachfragen auf: Erstens ist natürlich noch völlig offen, inwieweit auf erster Stufe Anstrengungen unternommen werden sollten, um die Ausgangslage – die Ressourcenkapazitäten – zu verbessern. Klar ist nur, dass einerseits ein Mehr im Ausgang zunächst die Wahrscheinlichkeit verringert, überhaupt in triageähnliche Situationen zu geraten, dass andererseits aber im weiteren Zeitlauf das Knappheitsproblem wieder zwangsläufig aktuell werden dürfte. Während dieser Aspekt vor allem einer gesellschaftspolitischen Grundentscheidung im Verhältnis zu anderen Politikbereichen bedarf, ist mit der Konkretisierung der zweiten Stufe – wie weit jene „Ausdünnung“ eigentlich getrieben werden darf und was ein sog. „akzeptabler Mindeststandard“ verlangt? – eine auch (verfassungs-)rechtlich geprägte Aufgabe bezeichnet. Dabei ist schon im Ansatz fraglich, ob sich eine Gesellschaftsordnung (in Friedenszeiten, d.h. von einem „Staatsnotstand“ vielleicht abgesehen) im Lichte des Sozialstaatsprinzips tatsächlich auf ein „medizinisches Existenzminimum“ beschränken darf oder nicht – wenigstens grundsätzlich – eine „medizinische Normalversorgung“ geschuldet ist.[60] Daneben begegnen augenfällig erhebliche Konkretisierungsprobleme, was noch „Normal-“ oder bloß „Minimalversorgung“ sein soll, mitsamt den nicht minder komplexen institutionellen Legitimationsfragen.[61] Auch hier besteht wiederum eine Wechselwirkung zur dritten Stufe, nur dass jetzt die Prioritätensetzung nicht mehr so leicht fällt: Soll eher das Kollektiv weniger bekommen, um möglichst wenige oder gar niemanden aus dem so gebildeten „(Mindest-)Standard“ herausfallen zu lassen (Präferenz der Gleichheit), oder soll das Niveau eher höher gehalten werden, damit von den Folgen der Ressourcenknappheit möglichst viele verschont bleiben (Präferenz der Freiheit)? Auf der dritten Stufe schließlich stellen sich nicht nur weitere schwierige Abgrenzungsfragen (was ist ein „Patient mit ungünstiger Prognose“?), sondern offenbart sich ein grundlegendes materielles Legitimationsproblem: Was rechtfertigt es, ausgerechnet den Bedürftigsten unter den Patienten zugunsten anderer aus der Versorgung auszuschließen, im schlimmsten Falle sogar mit tödlichen Folgen, obgleich seine Intensivbehandlung „im Normalfall indiziert wäre“[62]? *Gutmann* hat die fundamentale ethische Brisanz dieser Frage wie folgt auf den Punkt gebracht: „Ein Patient, dem eine lebenserhaltende medizinische Ressource mit der Begründung vorenthalten würde, dass diese bei einem anderen Patienten einen höheren Nutzen […] stiften würde, könnte entgegnen, dass *für ihn* sein Leben von gleicher [oder realistischerweise wahrscheinlich sogar höherer, *G.D.*] Wichtigkeit sei als das Leben des anderen […]; er könnte also mit Recht beklagen, dass durch nutzenoptimierende Verteilungsmaximen seiner *für ihn* einzigartigen Existenz kein gleiches Gewicht beigemessen würde und auf ein Entscheidungsver-

---

[60] Zum Verhältnis von „Würde“, „Sozialstaatsprinzip“ und „Gleichheitssatz“ näher *V. Neumann*, NVwZ 2005, 426, 429 sowie *ders.*, NZS 2006, 393 ff. m.w.N.

[61] Der Gemeinsame Bundesausschuss (vgl. § 91 ff., 137 ff. SGB V) sieht sich bekanntlich nachdrücklicher Kritik in Bezug auf seine demokratische Legitimation ausgesetzt, dazu statt vieler nur *Kingreen*, in: Kingreen/Laux (Fn 18), S. 147, 160 ff.

[62] Siehe o. bei Fn 58.

fahren bestehen, das der Selbstzweckhaftigkeit seiner Person gerecht wird“[63]. Kann eine Rechtsordnung, die sich der Achtung und dem Schutz der „unverfügbaren“ Menschenwürde (Art. 1 Abs. 1, 79 Abs. 3 GG) verpflichtet weiß, hierauf überhaupt noch etwas erwidern?

Es ist bemerkenswert, dass die neuen Empfehlungen der *SAMW* (Entwurf) aber zugleich großen Wert darauf legen, dass „nicht freie Plätze gewissermaßen auf Vorrat geschaffen“, d.h. allgemeine Kostenerwägungen zur Rechtfertigung einer Therapiebegrenzung herangezogen werden.[64] Diesen Vorbehalt wird man zum einen dahin verstehen dürfen, dass die unterschiedlichen Allokationsebenen unbedingt getrennt bleiben sollen; den materiellen Grund hierfür wird man zum anderen wohl darin finden können, dass zwischen einer realen Bedürftigkeit konkreter anderer und der bloß virtuellen künftiger Patienten offenbar eine wesentliche Wertdivergenz gesehen wird. Wenn man jedoch erst einmal die Perspektive des Einzelnen mitsamt seinem Anspruch auf Gleichbehandlung verlassen und anstelle dessen die übergreifende Warte der Nutzenmaximierung mit Blick auf das Gesamtkollektiv eingenommen hat, versteht sich diese Unterscheidung zwischen aktuellen und künftigen Patienten keineswegs von selbst. Dies zeigt eindrucksvoll das aufsehenerregende „Myozyme“- bzw. „Morbus-Pompe“-Urteil des Schweizerischen Bundesgerichts vom 23.11.2010:[65] Denn hierin wird nicht nur für die Übernahme der Arzneimittelkosten von nicht zugelassenen Medikamenten – strenger als im „Nikolaus“-Beschluss[66] – ein „hoher therapeutischer (kurativer oder palliativer) Nutzen“ verlangt, und zwar nicht bloß im zugrunde liegenden Einzelfall, sondern darüber hinaus selbst einer therapeutisch notwendigen Maßnahme aus Gründen der „wirtschaftlichen Verhältnismäßigkeit“ eine Grenze gezogen: „Vielmehr ist die Frage nach dem hohen therapeutischen Nutzen graduell und in Relation zu den Behandlungskosten zu beurteilen – je höher der Nutzen ist, desto höhere Kosten sind gerechtfertigt“[67]. Für den verfahrensgegenständlichen Fall kommt das Gericht nach recht schlaglichtartigen gesundheitsökonomischen Erwägungen zu der Einschätzung, dass selbst bei einer seltenen, progredienten und letztlich tödlich verlaufenden Krankheit wie Morbus Pompe[68] ein Kostenaufwand von ca. 500.000 sFr pro Jahr nicht mehr von der obligatorischen Krankenversicherung getragen werden müsse – und dies selbst bei einem Präparat, das bereits eine europaweite Zulassung erhalten hat![69]

---

[63] *Gutmann* (Fn 28), S. 31, 35.

[64] Siehe o. nach Fn 58.

[65] Abgedruckt in: MedR 2012, 324 ff.

[66] Siehe o. bei Fn 19, 25.

[67] Schweizerisches Bundesgericht MedR 2012, 324, 328.

[68] Siehe im Überblick die Informationen der Deutschen Gesellschaft für Muskelerkrankte e.V., abrufbar unter: http://www.dgm.org/index.php?article_id=706.

[69] Vgl. die vorstehende Fn; siehe auch den Europäischen Öffentlichen Beurteilungsbericht (EPAR) des Ausschusses für Humanarzneimittel (CHMP) v. 21.3.2011 (abrufbar unter: http://www.ema.europa.eu/ema/index.jsp?curl=pages/medicines/human/medicines/000636/human_med_000917.jsp&murl=menus/medicines/medicines.jsp&mid=WC0b01ac058001d125), deutsche Zusammen-

Gesellschaftspolitisch muss man dieses Judikat nachdrücklich begrüßen, weil es die hiesige Thematik – endlich – in den Fokus der öffentlichen Aufmerksamkeit wie der medizinrechtlichen und -ethischen Debatte gerückt hat. Eine genauere juristische Analyse offenbart jedoch eine Reihe von normativen wie argumentativen Schwächen, die ahnen lassen, dass der Komplexität der Sache nur eine fein differenzierende Lösung gerecht werden kann: Es beginnt schon mit der signifikanten Unschärfe in Bezug auf den Nachweis des „therapeutischen Nutzens“, den das Schweizerische Bundesgericht unter Verweis auf die Formel des „post hoc propter hoc“ nicht am Einzelfall, sondern an einer „generellen Wirksamkeit“ festmachen will.[70] Dies steht aber in deutlichem Kontrast nicht nur zur Bedeutsamkeit alltäglicher ärztlicher Erfahrung, auch wenn sie (bislang noch) nicht „evidenzbasiert“ ist, sondern auch zur aktuellen Entwicklung der modernen Medizin in Richtung einer stärkeren „Individualisierung“ bzw. „Personalisierung“[71] sowie der Einsicht, dass generelle Arzneimittelwirkungen nur statistische, aber keine auf den konkreten Patienten bezogene Aussagen erlaubt. Demzufolge dürfte denklogisch der Verweis auf konkret-individuelle Therapieerfahrungen nicht von vornherein kategorisch abgeschnitten werden. Zudem sind natürlich die näheren Anforderungen unklar, die das Bundesgericht an einen solchen (hohen) Nutzen stellen will: Es konstatiert zwar, dass „bei Orphan Drugs infolge der Seltenheit der entsprechenden Krankheiten und des fehlenden ordentlichen Zulassungsverfahrens vielfach nicht gleich viele wissenschaftliche Erkenntnisse vorliegen wie für andere Medikamente … [und deshalb] an den Nachweis der generellen Wirksamkeit […] nicht die gleich strengen Anforderungen gestellt werden“ können;[72] was aber nun im Minimum verlangt werden soll (genügt eine klinische Prüfung, von welcher Qualität?), bleibt leider unausgesprochen.

Darüber hinaus sind nicht nur die ökonomischen Ableitungen zur Begründung der im konkreten Fall gezogenen Grenze der sog. „Unverhältnismäßigkeit“ näher diskussionsbedürftig,[73] sondern wirft vor allem das zentrale Argument der „Rechtsgleichheit“ grundlegende Fragen auf. Das Bundesgericht formuliert im Ansatz durchaus einsichtig, dass die einer Grenzziehung denklogisch immanente „Verallgemeinerungsfähigkeit“ unweigerlich in die Forderung münde, nicht gegenüber „einzelnen Versicherten Leistungen zu erbringen, die anderen Versicherten in gleicher Lage nicht erbracht würden“: „Verallgemeinerungsfähig ist nur, was allen, die sich in einer gleichen Situation befinden, in gleicher Weise angeboten

fassung abrufbar unter: http://www.ema.europa.eu/docs/de_DE/document_library/EPAR_-_Summary_for_the_public/human/000636/WC500032126.pdf.

[70] Schweizerisches Bundesgericht MedR 2012, 324. 326.

[71] Zu den rechtlichen Problemfeldern der „personalisierten Medizin“ siehe etwa *Duttge/Dochow*, in: Niederlag/Lemke/Rienhoff (Hrsg.), Personalisierte Medizin & Informationstechnologie 2010, S. 251 ff.; zum Thema jüngst auch die Tagungsdokumentation des Deutschen Ethikrates: „Personalisierte Medizin – der Patient als Nutznießer oder als Opfer“? (2013).

[72] Siehe Fn 70.

[73] Zu den „Fallstricken der Kosten-Nutzen-Bewertung“ im Überblick *Huster*, MedR 2012, 289, 290 f.

werden kann“[74]. Die recht ungenaue Rede von der „Gleichheit“ der Situation verdeckt jedoch den einer Anwendung des Gleichheitssatzes vorgelagerten Bewertungsakt, der es zunächst erforderlich macht, die „Vergleichbarkeit“ der miteinander verglichenen Fallgestaltungen festzustellen.[75] Ob sich aber mit der realen Bedürftigkeit eines bestimmten schwerkranken Patienten die bloß virtuelle (statisch hochgerechnete) des Gesamtkollektivs derselben Grunderkrankung (ohne Rücksicht auf das jeweilige konkrete Krankheitsbild) oder gar diejenige ganz anderer Krankheiten „mit vergleichbaren (?) Einschränkungen der Lebensqualität“[76] unabhängig von der Kostenintensität der jeweiligen Therapie als „wesentlich Gleiches“[77] auffassen lässt, wäre erst einmal näher zu begründen.[78] Und überdies impliziert ein Rekurs auf die Rechtsgleichheit keineswegs, dass jede Bevorzugung oder Benachteiligung damit automatisch untersagt ist: Das Gleichheitsgebot verbietet allein die nicht hinreichend gerechtfertigte und deshalb grundlose Ungleichbehandlung.[79] Die akute Bedürftigkeit eines schwerkranken Patienten könnte sich jedoch selbst bei weniger günstiger Prognose gerade als jener Sachgrund erweisen, der vermehrte Anstrengungen zugunsten einer bestmöglichen Versorgung dieses im Vergleich zu anderen Patienten rechtfertigt („Jedem nach seinem medizinischen Bedarf“)[80].

IV. Präliminarien zu einer Problemlösung

Welche Schlussfolgerungen lassen sich nun aus dem Vorstehenden ziehen, um gleichsam als Basiserkenntnisse den weiteren Diskussions- und Klärungsprozess voranzubringen? Es steht außer Zweifel, dass die Komplexität und Interdisziplinarität der Problemstellung jede Hoffnung auf eine einfache, schnelle Lösung von vornherein illusorisch erscheinen lässt und die hohe soziale Bedeutung eine offene, transparente Debatte in der Mitte der Gesellschaft unverzichtbar macht. Expertenanalysen gleich welcher disziplinären Provenienz können zwar den Aufklärungsprozess befördern, nicht aber die nötigen gesellschaftspolitischen Entscheidungen

---

74 Schweizerisches Bundesgericht MedR 2012, 324, 330.

75 Statt vieler *Dürig/Scholz*, in: Maunz/Dürig, Grundgesetz-Kommentar, Bd. I, 66. Lfg. (August 2012), Art. 3 Abs. 1 Rn 1.

76 Siehe Fn 74.

77 BVerfG in st. Rspr., vgl. BVerfGE 4, 144, 155; 23, 98, 106 f.; 49, 148, 165; 76, 256, 329; 78, 249, 287.

78 Kritisch zur Vergleichsgruppenbildung des BG im vorliegenden Fall: *Raspe*, medR 2012, 291, 292; krit. auch *Schöne-Seifert*, MedR 2012, 295, 297 zu den „spekulativen Machbarkeits- und Kostenannahmen“.

79 Statt vieler nur *Jarass*, AöR 120 (1995), 345, 377; *ders.*, NJW 1997, 2545, 2546: Ungleichbehandlung als solche ist kein Indiz für Verfassungswidrigkeit.

80 Treffend *Huster*, MedR 2012, 298, 290.

vorwegnehmen.[81] Beachtung finden sollten m.E. dabei allerdings die folgenden Eckpunkte, die hier zum Abschluss thesenartig zur Diskussion gestellt werden:

1. Es besteht ein eindeutiges Vor- bzw. Nachrangverhältnis zwischen „Rationalisierung“ und „Rationierung“. Über die Zuordnung zu der einen oder zur anderen Kategorie entscheiden jedoch nicht die Terminologien, sondern die tatsächlichen Effekte, d.h. auch nominal als bloße „Rationalisierung“ in Erscheinung tretende Maßnahmen können auf der unteren Allokationsebene de facto „rationierend“ wirken.

2. Rationierung bedeutet jedes Vorenthalten einer therapeutischen Option, die nicht von vornherein unwirksam oder ausschließlich schädigend ist. Jede Limitierung trotz Bestehens eines therapeutischen Nutzens (gleich welcher Größe) muss sich auf eine gesamtgesellschaftliche Legitimation zurückführen lassen; jede versteckte („implizite“) und mangels vorgelagerten allgemeingültigen Bewertungsmaßstabes zwangsläufig willkürliche Rationierung durch den behandelnden Arzt verletzt das Gleichheitsgebot ebenso wie das Vertrauensverhältnis innerhalb der jeweils konkreten „therapeutischen Partnerschaft“.

3. Infolgedessen bedarf jede Annahme eines „Wegfalls der medizinischen Indikation“ aufgrund von „Sinnlosigkeit“ bzw. „Aussichtslosigkeit“ bei Patienten mit infauster Prognose eines innerhalb der medizinischen Wissenschaften konsentierten und für die Gesellschaft transparenten Bewertungsmaßstabes. Im jeweils konkreten Behandlungsverhältnis ist eine konkret-individuelle Bewertung von Nutzen und Schaden sowie eine annähernd verlässliche Prognose auf der Basis allgemeiner (fach-)medizinischer Erkenntnis unverzichtbar.

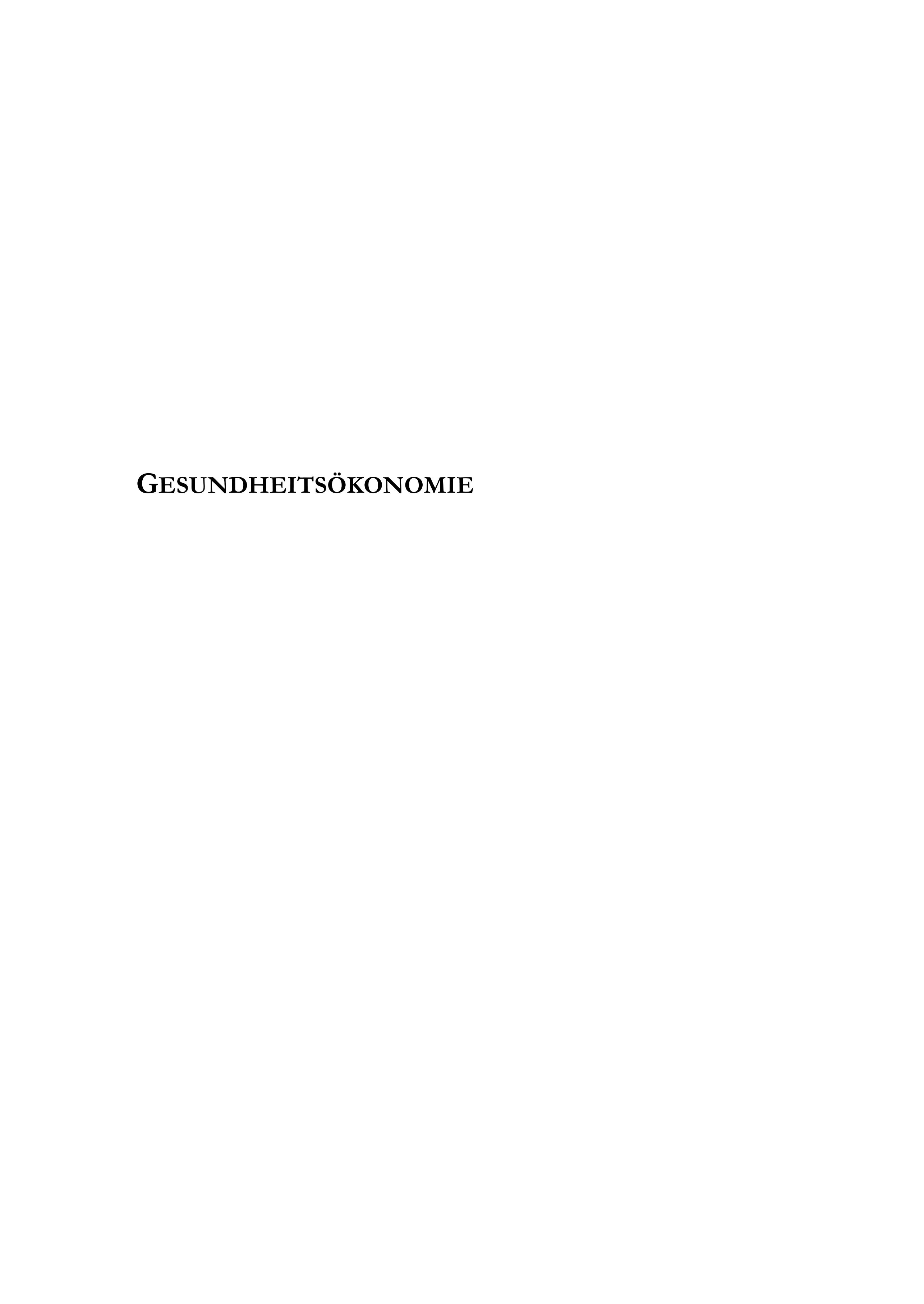
4. Soll aufgrund von knappen Ressourcen auch bei bestehendem therapeutischem Nutzen eine an sich mögliche Therapie nicht mehr begonnen bzw. begrenzt werden, um diese Ressourcen anderen Patienten zur Verfügung zu stellen, so erfordert auch dies eine vorausgegangene Festlegung von Entscheidungsparametern. Der „unverfügbare“ Subjektstatus eines jeden Patienten (vgl. Art. 1 Abs. 1 GG) verbietet dabei allerdings einen unmittelbaren Vergleich nach „günstiger“ bzw. „ungünstiger“ Prognose: Vielmehr lässt sich eine solche Begrenzung allein mit Blick auf die Krankheitssituation beim jeweils betroffenen Patienten diskutieren und insbesondere bei einer „Geringfügigkeit“ des realistischerweise zu erwartenden Nutzens („small expected benefit“, „low chances of success“)[82] in Betracht ziehen, sofern die dafür relevanten Kriterien klinikübergreifend festgelegt und anerkannt sind.

[81] Zutreffend betont in der Stellungnahme des *Deutschen Ethikrates* zu „Nutzen und Kosten im Gesundheitswesen – zur normativen Funktion ihrer Bewertung“, 2011, S. 95.
[82] Vgl. *Schöne-Seifert*, MedR 2012, 295, 296.

5. Unmittelbare Kostenerwägungen dürfen konkrete Therapieentscheidungen innerhalb des konkreten Arzt-Patienten-Verhältnisses grundsätzlich nicht beeinflussen, es sei denn, es kann ausgeschlossen werden, dass die Wahl der kostengünstigeren Maßnahmen (Arzneimittel, Behandlungsmethode) zu einer suboptimalen Behandlung führt (reine „Rationalisierung“).

6. Soll die Verteilung medizinischer Ressourcen künftig explizit vom Ergebnis einer „Kosten-Nutzen-Abwägung“ abhängen, so bedarf es hierfür eines demokratisch legitimierten, für die Bevölkerung transparenten sowie für den jeweils behandelnden Arzt anwendungssicheren Konzepts. Wesentlicher Bestandteil eines solchen Konzepts sind nicht nur die materiellen Kriterien, sondern auch die institutionellen und verfahrensrechtlichen Implikationen. Die Vorarbeiten sollten – auf der Basis der bereits vorliegenden Empfehlungen[83] – durch eine interdisziplinäre (Medizin, Recht, Ethik, Gesundheitsökonomie), durch Parlaments- oder Regierungsbeschluss berufene Expertengruppe geleistet werden.

[83] Siehe insbesondere die Stellungnahme der *ZEKO* bei der Bundesärztekammer: „Priorisierung medizinischer Leistungen im System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)“ vom September 2007 (abrufbar unter: http://www.zentrale-ethikkommission.de/downloads/LangfassungPriorisierung.pdf) sowie des *Deutschen Ethikrates*: „Nutzen und Kosten im Gesundheitswesen – zur normativen Funktion ihrer Bewertung“ (2011).



GESUNDHEITSÖKONOMIE

Gerechtigkeit beim Verteilen knapper Gesundheitsressourcen – Gesundheitsökonomische Perspektive

Prof. Dr. math. Dr. rer. pol. Marlies Ahlert

I. Einleitung

In interdisziplinären Diskursen zu Fragen der Gerechtigkeit im Gesundheitswesen beobachte ich immer wieder, dass von Ökonomen vorgebrachte Kriterien der Kosten-Nutzen-Abwägungen wenig Akzeptanz bei anderen Disziplinen finden. Die Diskussion darüber, in wieweit solche ökonomischen Aspekte Berücksichtigung finden sollen, setzt voraus, dass eine offene Haltung vorherrscht und ein Verständnis dafür angestrebt wird, warum Ökonomen Kosten-Nutzen-Kriterien verwenden. Mit diesem Aufsatz möchte ich einen Beitrag zur Förderung der interdisziplinären Verständigung leisten. Ich werde zunächst einige Grundlagen des ökonomischen Denkens präsentieren, um einen Einblick in die ökonomische Perspektive anzubieten und damit den interdisziplinären Diskurs zu erleichtern. Zunächst soll dazu das Konzept der rationalen Entscheidung im Rahmen der ökonomischen Theorie dargestellt werden. Anschließend werde ich die Themen Rationalisierung, Priorisierung und Rationierung aufgreifen. Ich werde aus ökonomischer Sicht argumentieren und die in der Gesundheitsökonomie verwendeten Begriffe von Kosten-Effektivitäts-, Kosten-Nutzwert- und Kosten-Nutzen-Analyse erklären. Die Möglichkeiten, aber auch die Schwächen und die Probleme dieser Herangehensweisen sollen dabei dargestellt werden. Bis dahin werde ich mich nicht mit Gerechtigkeit befassen, denn die Ökonomie ist vom Konzept der Ent-

scheidungstheorie her offen für eine Vielfalt von Zielen und Normen. Prinzipien der Gerechtigkeit können als Zielvorgaben oder Einschränkungen der zur Wahl stehenden Alternativen in die Entscheidungsprozesse einbezogen werden. Ich werde ein solches Vorgehen in den Rahmen der Social-Choice-Theorie einbetten. Zum Schluss möchte ich einige Befragungsergebnisse zum Thema Priorisierung aus unserer interdisziplinären DFG-Forschergruppe FOR 655 „Priorisierung in der Medizin“ vorstellen. Damit soll ein Eindruck davon vermittelt werden, welche Einstellungen zum Thema „Gerechtes Verteilen von Gesundheitsressourcen“ in Experimenten und in einer repräsentativen Bevölkerungsbefragung offenbart werden. Weitere Forschungsarbeiten sind auf der Homepage der Forschergruppe unter (www.priorisierung-in-der-medizin.de) zu finden.

II. Mikroökonomische Entscheidungsmodelle

Zunächst soll ein einfaches, klassisches, ökonomisches Modell der rationalen Entscheidung vorgestellt werden. Wir gehen davon aus, dass eine bestimmte Menge X von erreichbaren oder zur Wahl stehenden Alternativen gegeben ist, aus der eine Alternative ausgewählt werden soll. Alternativen werden mit a, b, c, d usw. benannt. Alternativen können als sehr einfache Konstrukte modelliert sein, sie können aber auch sehr komplex sein, z.B. mehrdimensionale Güterbündel, die ein Konsument kauft, oder verschiedene Zwecke von Investitionen. Im allgemeinen Fall werden bei der Modellierung der Alternativen mehrdimensionale Aspekte von Lebensumständen abgebildet, wie es für die Analyse von Fragen der Gesundheit auch sinnvoll ist.

1. Nutzen

Die Theorie geht davon aus, dass der Entscheider eine Präferenzrelation R über Paaren von Alternativen besitzt, die idealerweise die Eigenschaften einer Präferenzordnung erfüllt. Wenn der Entscheider Alternative a besser findet als Alternative b, schreiben wir a P b, bei Indifferenz a I b, findet er a mindestens genauso gut wie b, so wird dies als a R b notiert. Zu jeder Präferenzordnung kann man eine repräsentierende Nutzenfunktion u angeben, die ein ordinales Nutzenkonzept widerspiegelt. Eine Nutzenfunktion ordnet jeder Alternative eine reelle Zahl, den Nutzen, zu. Wenn ein Individuum sagt, es findet Alternative a besser als Alternative b, bilden wir dies durch Bewertungszahlen u(a) und u(b) ab mit $u(a)>u(b)$, d.h. der Nutzen von Alternative a ist größer als der Nutzen von Alternative b. Wir sagen nicht, das Individuum findet a besser, weil a einen höheren Nutzen hat, sondern wir verwenden die Nutzenfunktion als Repräsentationsnutzen für die existierenden Präferenzen. Im ordinalen Konzept gilt also: $u(a) > u(b) \Leftrightarrow a\ P\ b$ für alle $a,b \in X$. Der ordinale Repräsentationsnutzen ist nur bis auf streng monotone Transforma-

tionen eindeutig bestimmt, weshalb bei Nutzendifferenzen nur deren Vorzeichen interpretierbar ist, nicht aber ihre Größenordnung.

Manchmal ist es theoretisch erforderlich, weitergehende Anforderungen an den Repräsentationsnutzen zu richten, so dass auch Nutzendifferenzen und deren Vergleich Sinn machen. Im kardinalen Konzept ist z.B. folgender Vergleich möglich: Der Übergang von a zu b vergrößert den Nutzen des Entscheiders, aber der Übergang von c zu d vergrößert ihn in höherem Ausmaß. In einigen Konzepten benötigt man zusätzlich die Eigenschaft der interpersonellen Vergleichbarkeit von Nutzenniveaus verschiedener Individuen. Dies trifft z.B. für den Utilitarismus zu, der Nutzensummen über verschiedene Individuen bildet und diese Summen ordnet. Interpersonelle Vergleiche von Nutzen könnten auch im Gesundheitswesen relevant sein, wenn Gesundheitseffekte bei verschiedenen Patienten oder Patientengruppen verglichen werden sollen. Das ordinale und das kardinale Konzept sowie die interpersonelle Vergleichbarkeit werden durch unterschiedliche Forderungskataloge an den Repräsentationsnutzen definiert, auf die ich hier nicht formal eingehen will (eine grafisch unterstützte Analyse der Konzepte ist in Blackorby, Donaldson, Weymark (1984) zu finden).

Der Konstrukteur eines Entscheidungsmodells muss die Entscheidung treffen, welche Anforderungen sinnvoll und vertretbar sind. Im Sinne der Einfachheit bemühe ich mich, in meiner Forschung im ordinalen Konzept zu bleiben. Manchmal ist es unvermeidbar, das kardinale Konzept zu verwenden, z.B. beim Umgang mit Unsicherheit. Ich versuche, interpersonelle Vergleichbarkeit von Nutzen nur dann anzunehmen, wenn es unumgänglich ist. Denn ich halte interpersonelle Vergleiche der subjektiven Bewertung von Lebensqualität für konzeptuell und empirisch schwierig.

2. Kosten

Kosten tauchen bei nahezu allen ökonomischen Betrachtungen auf. Die Berücksichtigung von Kosten ist für Ökonomen völlig normal, weil alles, was produziert oder konsumiert wird, Kosten verursacht. In diesem Zusammenhang wollen wir Kosten betrachten, die Geldzahlungen oder Ausgaben sind und die erforderlich sind, um eine gewisse Alternative zu realisieren. Betrachtet man z. B. Alternativen, die aus mehreren Komponenten bestehen, wie mehrdimensionale Güterbündel oder verschiedene Zwecke, dann haben diese Güter oder Dienstleistungen im Allgemeinen Preise, so dass die einzelnen Komponenten Ausgaben erzeugen, z.B. Kosten für Arzneimittel oder Löhne oder Kosten der Anschaffung, des Betriebs und der Wartung von Geräten. Die Ausgaben für die einzelnen Komponenten werden aufaddiert und bilden die Ausgaben, die nötig sind, um eine gewisse Alternative zu realisieren. Um eine Alternative a und damit deren Komponenten (a_1, a_2, …, a_n) umzusetzen, wobei die Komponenten Mengen mit jeweils gegebenen Preisen p_1, p_2, …, p_n sind, ergeben sich folgende Kosten: Ausgaben für a = $\sum_{i=1,..n} p_i a_i$.

Komponenten einer Alternative können, wie erwähnt, auch verschiedene Zwecke sein. Im Fall von zweckgebundenen Budgets ist es erforderlich, für die einzelnen Zwecke zu entscheiden, welche Ausgaben jeweils dafür aufgewendet werden sollen. Die im Modell vorausgesetzten Einschränkungen der Möglichkeitsmenge sind häufig dadurch bestimmt oder zumindest mitbestimmt, dass ein begrenztes Budget zur Finanzierung der Ausgaben vorhanden ist, sei es ein Haushaltseinkommen, das Volkseinkommen, oder seien es Verschuldungsgrenzen, die nicht überschritten werden sollen. Wie können nun diese Grenzen auf die verschiedenen Zwecke herunter gebrochen werden, z.B. auf diverse private Zwecke oder bei öffentlichen Budgets auf öffentliche Zwecke, wobei diese teilweise konkurrieren, aber auch komplementär sein können?

3. Rationale Entscheidungen

Das klassische Modell des rationalen Entscheidens greift auf die zuvor dargestellten Elemente zurück. Wenn die Aufgabe aus der Wahl genau einer Alternative besteht, ist eine rationale Wahl aus einer gegebenen Möglichkeitsmenge eine Alternative, die den ordinalen Nutzen in dieser Möglichkeitsmenge maximiert. Hierfür reicht das ordinale Konzept völlig aus. Die Entscheidung fällt auf eine Alternative, zu der es keine bessere in der Möglichkeitsmenge gibt.

Dieses Modell setzt in der Anwendung sehr viel voraus. Zunächst muss die Möglichkeitsmenge gut bekannt sein, nicht Finanzierbares muss ausgeschlossen werden. Des Weiteren müssen alle Optionen in einer ordinalen Weise bewertet sein, ebenfalls eine hohe Anforderung. Anwendungen sind häufig von Unwägbarkeiten geprägt, die im Modell geforderten Daten sind nicht genau bekannt oder sind schwer zu bewerten. Daher ist es eine sehr anspruchsvolle Forderung, immer eine oder die Alternative mit maximalem Nutzen zu kennen. In der Realität spielt die zukünftige Entwicklung von Rahmenbedingungen häufig eine Rolle, die noch nicht bekannt ist und prognostiziert werden muss. Daher wird oftmals ein eingeschränkt rationaler Weg auf der Suche nach einer „besten“ Alternative beschritten. Man lebt mit einer Alternative, findet Verbesserungsmöglichkeiten und realisiert diese zunächst an einigen Stellen. Dieses Vorgehen kann als Rationalisieren bezeichnet werden. Der Entscheider versucht, ein bestimmtes Nutzenniveau mit geringeren Ausgaben zu erreichen, oder sucht eine bessere Alternative, die gleiche oder geringere Kosten verursacht. Dazu kann es erforderlich sein, die verfügbaren Ressourcen, wie Mittel oder Personal, anders einsetzen als zuvor, d.h. eine Prozessinnovation, speziell eine Prozessverbesserung, umzusetzen. Die Kostenverringerungen bei nicht geringer werdendem Nutzen und Nutzenverbesserungen bei nicht höheren Kosten sind Arten von Effizienzgewinnen.

Die Suche nach Effizienz ist ein wichtiges ökonomisches Prinzip. Häufig wissen Entscheider nicht genau, ob sie mit einer Rationalisierung bereits die Effizienzgrenze erreicht haben. In dem Fall ist es sinnvoll zu versuchen, abhängig von Gegebenheiten und Informationen das Vorgehen fortzusetzen. Das Prinzip des

Verbesserns ist ein eingeschränkt rationales Vorgehen, das in vielen Bereichen des täglichen Lebens gute Dienste leistet. Rationalisierungen haben häufig die Form eingeschränkt rationaler Schritte auf dem Weg zu einer effizienten Alternative. Es ist wichtig zu bemerken, dass das Prinzip des Rationalisierens im Allgemeinen nicht genau festlegt, was zu tun ist. Die Zielrichtung der Rationalisierungsschritte kann dann vom Entscheider gewählt werden. In neuesten experimentellen Forschungsergebnissen an charakterisieren Selten, Hohnisch und Pittnauer in einem Forschungsprojekt an der Universität Bonn dieses eingeschränkt rationale Vorgehen bei mehrdimensionalen Entscheidungen mit Hilfe der Anspruchsanpassungstheorie (vgl. Selten (1998)).

Wenden wir uns wieder dem Idealfall der uneingeschränkten Rationalität zu. Nun soll es darum gehen, eine optimale Allokation von Ressourcen zu finden, d.h. die optimalen Rationen bei einer Zuordnung von Ressourcen auf Komponenten oder Zwecke zu bestimmen. Bei diesen Rationen sehen Ökonomen zwei Aspekte. Wir sehen einerseits die Mengen, die tatsächlich zugeordnet werden. Wir sehen aber auch, dass es Mengen gibt, die nicht zugeordnet werden, obwohl sie Nutzen stiften würden. Übertragen auf das Gesundheitswesen enthält eine Ration für einen Patienten die Leistungen, die er erhält. Damit sind andererseits mögliche Leistungen ausgeschlossen, die ihm nützen würden, die er aber nicht erhält. Das Rationieren ist für Ökonomen zunächst nichts Ungewöhnliches. Beispielsweise in der Theorie des rationalen Entscheidens eines Konsumenten wählt der Konsument im Modell sein nutzenmaximales Güterbündel unter seinen Budgetrestriktionen, indem er sich bestimmte Rationen zuteilt. Diese Rationen bestehen aus den Mengen, die er konsumiert und finanziert, und grenzen darüber hinaus gehende Mengen aus, die er nicht konsumiert und auch nicht bezahlt. Wenn es nicht um Rationierung durch den Markt geht, sondern um Rationen, die über einen Nicht-Marktmechanismus zugeordnet werden, wird manchmal die Formulierung des „Vorenthaltens von Leistungen" verwendet. Ein Vorenthalten setzt aber voraus, dass es einen Anspruch auf gewisse Leistungen gibt, was im Allgemeinen Fall der Rationierung nicht notwendigerweise der Fall sein muss. Vorenthaltung ist damit kein allgemeines Charakteristikum des Rationierens, sondern beschreibt spezielle Fälle.

III. Kosten-Nutzen-Vergleiche

1. Equimarginal-Prinzip

Bei der Bestimmung einer rationalen Allokation kommt im Allgemeinen ein wichtiges wirtschaftliches Prinzip zur Anwendung, das leicht einleuchtet: Wenn Geld ausgegeben wird, um verschiedene Zwecke zu bedienen oder verschiedene Komponenten eines Güterbündels zu finanzieren, die alle realisiert werden, dann sollten im Optimum die letzten eingesetzten Geldeinheiten so verwendet werden, dass sie

in jeder Komponente den gleichen Zusatznutzen erzeugen. Denn wenn dieser Zusatznutzen nicht identisch wäre, könnte die Geldzuteilung umsortieret werden, indem etwas mehr Geld einem Zweck zugeordnet werden, bei dem es einen höheren Nutzenzuwachs mit der letzten Geldeinheit erzeugt. Insgesamt wäre damit der Nutzen höher.

Diese Optimierung impliziert aber auch, dass es Zwecke geben kann, die nicht bedient werden. Dies ist z.B. der Fall, wenn Ausgaben für einen Zweck, egal wie viel von einem begrenzten Budget schon für andere Zwecke ausgeben wurde, nicht einen entsprechend großen Nutzenzuwachs pro Geldeinheit erbringen könnten, den Investitionen in andere Zwecke erzeugen. Ob dieser Fall eintreten kann, hängt von der Form der Nutzenfunktion ab. Aus dem Prinzip wird deutlich, dass der Entscheider abwägt, wie viel Zusatznutzen weitere Geldeinheiten erzeugen, wenn sie für einzelne Zwecke eingesetzt werden. Diese Relation von Nutzen pro Kosteneinheit entscheidet darüber, für welchen Zweck weiteres Geld ausgeben wird und damit letztlich über die gesamte Allokation der Ausgaben. Damit sind wir beim Kern der ökonomischen Methode der Kosten-Nutzen-Abwägung angelangt. Daraus haben sich verschiedene Kriterien entwickelt, die u.a. in der Gesundheitsökonomik angewendet werden. Der Überblick über die Kosten-Nutzen-Konzepte in den Abschnitten 3.2. bis 3.4 orientiert an Breyer, Zweifel, Kifmann (2005).

2. Kosten-Effektivitäts-Analyse

Das erste Kriterium bildet die sogenannte Kosten-Effektivitäts-Analyse. Darin geht es um die Messung positiver Wirkung in natürlichen Einheiten auf einer eindimensionalen Skala, also z.B. Behandlungswirkung gemessen in Blutdrucksenkung bei einem Patienten. Der Quotient „Kosten in Geldeinheiten“ versus „Erträge in Blutdrucksenkung in mg Hg“ misst die Kosten-Effektivität. Der Vergleich verschiedener Maßnahmen mit der gleichen Wirkungsdimension nach diesem Kriterium definiert ein Rationalisierungs- und Effizienzkriterium, bei dem diejenige Maßnahme vorgezogen wird, die den kleineren Quotienten hat, also weniger Kosten pro Ertragseinheit verursacht.

3. Kosten-Nutzwert-Analyse

Bei der Kosten-Nutzwert-Analyse kommt ein mehrdimensionales Konzept von Gesundheit zur Anwendung. Positive und negative Wirkungen auf die Gesundheit werden gemessen und über einen längeren Zeitraum erfasst. Der bekannteste Vertreter solcher Maße ist sicher der QALY, in dem qualitätsadjustierte Lebensjahre geschätzt werden. Dieses Maß ermöglicht es, mögliche Gesundheitsentwicklungen unter verschiedenen Behandlungen über die Zeit hinweg für einen Patienten zu bewerten und zu vergleichen. Gemessen wird in Einheiten, die normiert sind, so dass ein QALY einem Lebensjahr in voller Gesundheit entspricht. Dividiert man die Kosten einer Behandlung durch ihre Erträge, gemessen in Nutzeneinheiten,

zum Beispiel in QALYs, so erhält man Geldbeträge pro QALY. Damit wird der Vergleich möglich, wie viel eine gewonnene QALY-Einheit unter verschiedenen Behandlungen kostet. Daraus kann eine Rangfolge oder Prioritätenliste von Behandlungen aufgestellt werden. Würde nur dieses Kriterium angewendet, so würden Maßnahmen vorgezogen, die geringere Kosten pro QALY verursachen. Weiterhin kann die gesellschaftliche Frage gestellt werden, wie viel ein QALY in einem kollektiv finanzierten Gesundheitswesen kosten darf. Mit Hilfe dieser Bezugsgröße werden z.B. in im öffentlichen Gesundheitswesen in England Maximalbeträge für Ausgaben pro QALY definiert, also Grenzen für die öffentlichen Finanzierung einzelner Behandlungen festgelegt.

Ein Vorteil der Kosten-Nutzwert-Analyse ist, dass man unterschiedlichste Maßnahmen, auch nicht medizinische, vergleichbar machen kann. Denn die Nutzenmaße können auch Aspekte von Lebensqualität erfassen, die über den reinen Gesundheitszustand hinaus gehen. Beispielsweise können auch Effekte von Bildung auf Gesundheit oder die Beziehung zwischen Einkommen und Gesundheit mit in die Analyse der Nutzenbewertungen einbezogen werden.

Die empirische Umsetzung der Kosten-Nutzwert-Analyse erzeugt einige Probleme, unter anderem bei der Erhebung der Nutzenwerte. Wirkungen von Behandlungen sind im Regelfall unsichere Zustände, bei denen kleine Wahrscheinlichkeiten eine Rolle spielen. In der Theorie wird Unsicherheit durch stochastische Erwartungsbildung behandelt, die über den erwarteten Nutzen im kardinalen Nutzenkonzept modelliert wird. In empirischen Studien zur Ermittlung von QALYs ergibt sich das Problem, dass die befragten Personen Schwierigkeiten im Umgang mit relativ kleinen Wahrscheinlichkeiten haben und diese als größer wahrnehmen, als die Erwartungsnutzentheorie es annimmt.

Neben den oben angesprochenen Problemen der Messung gibt es grundsätzliche Fragen und auch Grenzen der Anwendung: Wer soll den Nutzen einer medizinischen Maßnahme bewerten: betroffene Patienten, potentielle Patienten, Angehörige, Ärzte, Bürger, Experten? Häufig wird für die statistische Analyse die interpersonelle Vergleichbarkeit der Bewertungen unterstellt. Ist aber „ein Jahr" gleich „einem Jahr" bei unterschiedlichen Personen? Wenn mittels der Kosten-Nutzwert-Analyse eine Rangordnung von Behandlungen für bestimmte Patientengruppen gebildet wird, folgt daraus nicht, dass eine Empfehlung über Ein- und Ausschluss von medizinischen Leistungen in der öffentlichen Gesundheitsversorgung gegeben wird. Dies ist eine gesonderte gesellschaftliche Entscheidung, bei der die Daten aus Kosten-Nutzwert-Analysen Hilfestellung leisten können. Je nachdem, welche Determinanten von Kosten und Nutzen gemessen werden (sollen), wäre es auch denkbar, die Opportunitätskosten bei anderen Zwecken als Gesundheit einzubeziehen. Fließen bei der Messung der Lebensqualität neben dem Gesundheitszustand u.a. auch die Einkommens- und Bildungssituation in die Messung ein, sollten im Idealfall neben den Ausgaben im Gesundheitswesen auch Investitionen in das Bildungswesen oder einkommenspolitische Ausgaben berücksichtigt werden, da die Wirkungen dieser Politiken stark verwoben sind. Desweiteren definiert die

Kosten-Nutzwert-Analyse ein Maß, bei dem die Gesundheitsverteilung in der Bevölkerung keine Rolle spielt, weil letztlich über statistische Leben gesprochen wird. Verteilungsaspekte können über eine soziale Wohlfahrtsfunktion in die gesellschaftliche Entscheidung einbezogen werden. Ein häufiger diskutiertes Beispiel für eine solche Funktion ist ein eher utilitaristisches Konzept, das die Summe aller QALYs in der Gesellschaft maximiert. So wird zwar möglichst viel aggregierte Gesundheit in der Gesellschaft angestrebt, weitere Eigenschaften der Verteilung werden hingegen ignoriert.

4. Kosten-Nutzen-Analyse

Eine dritte Form, Kosten und Nutzen in Relation zu setzen, ist die Kosten-Nutzen-Analyse, bei der sowohl Wirkungen als auch Kosten in Geld gemessen werden. Zur Messung von Nutzen bietet es sich an, Zahlungsbereitschaften für bestimmte Wirkungen zu erheben, die ähnlich den in Märkten beobachteten Zahlungsbereitschaften für Gütermengen sind. Hier geht es nun um Bereitschaften, Geld für Gesundheitsverbesserungen zu zahlen. Solche Daten ermöglichen es, den Nutzen der Verlängerung des Lebens und der Veränderung des Gesundheitszustandes in Geld zu messen. Dabei wird unterstellt, dass alle relevanten Dimensionen der Lebensumstände eines Einzelnen in Geld gemessen werden können. Unter dieser Annahme kann der Gesamtnutzen einer Maßnahme ermittelt werden, indem die monetären Bewertungen aller Betroffenen addiert werden. Dies führt zu einem einfachen Kriterium dafür, wann eine Maßnahme durchgeführt werden sollte: Die Summe aller Kosten in Geldeinheiten und die Summe aller Nutzen in Geldeinheiten werden verglichen, und nur die Maßnahmen werden durchgeführt, bei denen die Summe der Kosten nicht höher ist als die Summe der erzielten Nutzen.

Die Vorteile dieses Vorgehens sind erstens, dass man bei jeder einzelnen Maßnahme feststellen kann, ob sie durchgeführt werden sollte oder nicht, d.h. es gibt eine klare Handlungsempfehlung. Zweitens ist bekannt, wie viel Geld für jede einzelne zu realisierende Maßnahme nötig ist. Und auch das Gesamtbudget ist bestimmt. Dies klingt zunächst vorteilhaft. Die Umsetzung ist aber mit großen Problemen behaftet. Die Erhebung der subjektiven Zahlungsbereitschaften, die die Grundlage des Vorgehens bilden, ist stark methodenabhängig. Eine methodische Schwierigkeit liegt z.B. darin, Personen zu fragen, was sie realistisch bereit wären, für Verbesserungen an Gesundheit zu zahlen, während sie in einem System leben, in dem die meisten Gesundheitsleistungen über eine gesetzliche Krankenversicherung (GKV) finanziert werden. GKV-Versicherte zahlen Beiträge und haben kaum Erfahrung, was Maßnahmen kosten würden. Der GKV-Patient sieht die tatsächlichen Kosten nicht, sondern höchstens erhobene Zuzahlungen. Weiterhin ist es in dem Verfahren irrelevant, wer welche Zahlungsbereitschaft hat, nur die Summe entscheidet. Aber natürlich ist bekannt, dass Zahlungsbereitschaften für gewisse Konsumzwecke oder Dienstleistungen, die die Lebensqualität steigern, vom Einkommen und auch von Präferenzen abhängen, die durch die individuellen Werte-

systeme geprägt sind. Für die Hochrechnung des Gesamtnutzens muss vorausgesetzt werden, dass die bewerteten Nettovorteile durch medizinische Behandlungen nicht systematisch unterschiedlich bei den befragten Personen verteilt sind. Das wirft wiederum die Frage auf, wen man zur Befragung gewinnt und inwieweit die erhobenen Daten interpretierbar sind. Desweiteren wird üblicherweise in die Kosten-Nutzwert-Analyse nicht einbezogen, was außer direkten Gesundheitsmaßnahmen zusätzlich noch gesundheitsförderlich wäre, wie z.B. arbeitspolitische, bildungspolitische oder familienpolitische Maßnahmen. Schließlich stellt sich die grundsätzliche Frage, ob es sinnvoll ist, Gesundheit und Leben in Geld zu messen.

5. Zwischenfazit

Mein Ziel war es, zunächst das Kalkül der ökonomischen Entscheidung nahe zu bringen, die notwendigen Modellierungsschritte deutlich zu machen, die Annahmen und Anwendungsmöglichkeiten darzustellen und exemplarisch zu kritisieren. Ich habe mich bemüht, Stellen herauszustreichen, an denen Modellierungsentscheidungen und gesellschaftliche Anwendungsentscheidungen getroffen werden müssen, wenn ein Kosten-Nutzen-Kalkül angewendet werden soll: In welcher Variable soll Nutzen gemessen werden? In welchem Rahmen soll die Entscheidung rational sein, für ein Individuum (einen Patienten, ein konkretes Leben oder ein statistischen Leben), für eine spezielle Gruppe von Individuen (z.B. Patienten mit ähnlicher Diagnose), oder für ein Kollektiv (z.B. die GKV-Versicherten)? Ist das Budget vorgegeben, oder soll auch die Höhe des Budgets ermittelt werden? Sollen „Trade-offs“ mit anderen Zwecken einbezogen werden? Wie sieht die gesellschaftliche Zielfunktion für Gesundheit und deren Verteilung aus? Soll es Obergrenzen für Kosten pro Nutzwerteinheit, z.B. pro QALY geben? Hinzu kommen methodische Entscheidungen zur empirischen Erhebung der benötigten Daten.

IV. Gerechtigkeit

In dem hier dargestellten Rahmen der ökonomischen Entscheidung werden Vorstellungen zu einer gerechten Verteilung von Gesundheitsversorgung und Gesundheit über eine gesellschaftliche Zielfunktion eingeführt. Dieses Vorgehen wird in der Social-Choice-Theorie modelliert und analysiert. Eine gesellschaftlich rationale Entscheidung bei gegebener Zielfunktion ist die Wahl eines besten sozialen Zustands, der die soziale Zielfunktion maximiert. Einige klassische Theorien der Gerechtigkeit und Prinzipien der Verteilung, die mittels sozialer Zielfunktionen abgebildet werden können, sollen hier kurz angesprochen werden. Eine genauere Darstellung der Anwendung der Prinzipien auf die Verteilung von Gesundheitsressourcen ist in Ahlert, Funke, Schwettmann (2012) zu finden. Den Utilitarismus habe ich schon erwähnt, der beispielsweise, aber eben nicht nur auf diese Art, über

die Zielfunktion der Maximierung der Summe der QALYs umgesetzt werden könnte. Es gibt eine Fülle von egalitären Prinzipien, die zur Anwendung kommen können. Die Forderung nach Gleichheit kann sich auf verschiedene Bezugsgrößen beziehen: auf die zu verteilenden Ressourcen, auf Gesamtwirkungen beim Einzelnen gemessen in individueller Lebensqualität, auf die entstehenden Gesundheitsverbesserungen, auf die Gesundheitszustände, auf Chancen auf Gesundung, auf Chancen auf Zugang zu gewissen medizinischen Leistungen. Weiterhin ist das Rawlsianische Maximin-Prinzip oder auch Leximin-Prinzip im Index primärer Güter anwendbar, das nicht nur Gesundheit, sondern auch andere Facetten der gesellschaftlichen Integration und der Lebensqualität berücksichtigt. Das Leximin-Prinzip reagiert darauf, dass „Gleichheit" der Lebensqualität oftmals eine zu starke, nicht erfüllbare Forderung ist. Diese wird durch ein lexikografisches Maximin-Prinzip ersetzt, in dem zunächst danach getrachtet wird, die am schlechtesten gestellte Person so gut wie möglich zu stellen. Anschließend richtet sich dieses Vorgehen auf die am zweitschlechtesten gestellte Person usw. In den letzten Jahren gibt es verstärkt, und gerade auch im Gesundheitsbereich, eine Diskussion über sogenannte „truncated principles". Dieses ist eine Klasse von Prinzipien, die zunächst eine gewisse Mindestversorgung zuordnen. Nachdem bestimmte Mindestmengen und Mindestleistungen garantiert sind, werden das restliche Budget oder weitere Leistungen, nach einem zu wählenden Verteilungsprinzip zugeteilt. Es gibt einen „truncated utilitarianism", „truncated egalitarianism" und weitere entsprechende Konzepte (vgl. z.B. Elster (1995)). Die meisten der obigen Prinzipien setzen voraus, dass die Erreichung der Ziele über eindimensionale Maßzahlen abgebildet wird. Auch dazu gibt es in der Social-Choice-Theorie Alternativen. Der „capability approach" von Martha Nussbaum und Amartya Sen (vgl. z.B. Sen (1993)) bietet ein mehrdimensionales Konzept an, in dem Aspekte der Verteilung von Gesundheit und weitere Dimensionen der Lebensqualität sehr gut integrierbar sind.

V. Gerechtigkeitspräferenzen

Die Diskussion über Gerechtigkeitskriterien im Gesundheitswesen ist kontrovers. Wir haben in unserm Forschungsteam Experimente mit Studierenden aus den Disziplinen Wirtschaftswissenschaften, Medizin und Jura durchgeführt und sie gebeten, eine medizinische Ressource, in unserem Fall war es Behandlungszeit, hypothetischen Patienten zuzuordnen. In zwei Studien (Ahlert, Felder, Vogt (2012) und Ahlert, Funke, Schwettmann (2012)) wurden Variationen solcher Experimente analysiert. An dieser Stelle will ich einige Ergebnisse zusammenfassen, die einen Eindruck darüber geben, dass sich Gerechtigkeitsvorstellungen zwischen Studierenden verschiedener Fächer sehr unterscheiden können. Studierende der Wirtschaftswissenschaften fokussieren häufiger auf Effektivität und Konsequenzen als andere Gruppen. Juristen und Mediziner entscheiden sich häufig für Ressourcen-

gleichheit jenseits der Mindestbedarfe (truncated principles, s.o.). Dabei werden Mindestbedarfe von nahezu allen Befragten respektiert, auch von Ökonomen. Die drei Studien münden in Berufe, die auch bei konzeptuellen Fragen des Gesundheitswesens involviert sind. Es muss davon ausgegangen werden, dass die beobachteten Unterschiede in Perspektiven und Einstellungen auch in entsprechenden Entscheidungsgremien relevant sind.

Es konnte eine wichtige Gemeinsamkeit der Entscheidungen aller untersuchten Gruppen festgestellt werden: Wenn es vom Ressourcenumfang her möglich ist, werden alle Patienten wenigstens mit einer Mindestversorgung bedacht. Darüber hinaus haben wir in unseren Experimenten gelernt, dass selbst in hypothetischen Situationen der Umgang mit begrenzten Ressourcen schwierig ist, insbesondere dann, wenn die Ressourcen so knapp bemessen sind, dass es nicht mehr möglich ist, alle Patienten mit ihren Mindestbedarfen zu versorgen. In solchen Situationen ist es von den Zuteilungsmöglichkeiten her unvermeidbar, einen oder mehrere hypothetische Patienten von der Versorgung auszuschließen. Als Ausschlusskriterium wird dabei mehrheitlich die geringe Wirksamkeit der Behandlung gewählt. Werden Probanden zu Beginn des Experiments mit einer Entscheidungssituation mit extremer Knappheit konfrontiert, so dass nicht alle Patienten behandelt werden können, dann schauen selbst solche Studierenden auf die möglichen Konsequenzen, die sich ansonsten nur auf die Verteilung von Ressourcen konzentrieren würden. Wir vermuten, dass unterschiedliche Grade von Knappheit unterschiedliche Regimes der Entscheidung definieren. Außerdem scheint die wiederholte Entscheidung über die Verwendung begrenzter Gesundheitsressourcen einen Lernprozess anzustoßen (Ahlert, Funke (2012)), in dem das Kriterium der Wirksamkeit von Behandlungen eine zunehmende Bedeutung gewinnt.

Im Rahmen der Forschergruppe FOR 655 fand eine repräsentative Bevölkerungsbefragung mit einem Stichprobenumfang von mehr als 2000 Befragten statt (Diederich, Schreier (2010)). Stellvertretend für viele dort behandelte Fragen möchte ich hier einige Ergebnisse zu Priorisierungsentscheidungen bezogen auf Charakteristika von Patientengruppen darstellen (Diederich, Schreier (2010) S.15 f. Tabelle 4.4.1). Die Frage lautete: „Halten Sie es für gerechtfertigt, folgende Personengruppen gegenüber anderen bevorzugt zu behandeln?" Die größten Zustimmungen zur Bevorzugung sind bei Patienten mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung (93,7%), Patienten mit einer akuten Erkrankung (87,2%) und Kindern (72,5%) zu beobachten. Eine Bevorzugung wurde klar abgelehnt, wenn Patienten zu folgenden Personengruppen gehörten: bei Personen mit hohem Einkommen (97,7%), arbeitslose Personen (93,7%), Personen mit hoher beruflicher Verantwortung (92,9%), Personen, die sich gesellschaftlich besonders engagieren (92,4%), Personen mit einem gesunden Lebensstil (88.9%), Personen im berufsfähigen Alter (83,7%), sozial benachteiligte Personen (83,2%). Bei alten Menschen ist eine knappe absolute Mehrheit von 50,2% für das Priorisieren dieser Patientengruppe, das Bild ist aber weniger klar als bei Patienten mit körperlichen Behinderungen, wo 57% für eine Priorisierung stimmen. Bei Patienten mit psychischen Erkrankungen

ist eine schwache absolute Mehrheit von 51,4% gegen eine Priorisierung, vergleichbar zu Patienten mit chronischen Erkrankungen, bei denen 54,2% gegen eine Priorisierung stimmen. Das Bild der Präferenzen von Bürgern zur Priorisierung von Patientengruppen, das in den Antworten auf die oben dargestellte Frage widergespiegelt wird, verfügt über einige klare Mehrheiten pro und kontra. Allerdings ist das Mehrheitsbild bei vielen Aspekten nicht eindeutig, oder es gibt nur knappe Mehrheiten, z.B. bei dem Kriterium Alter, bei psychischen Erkrankungen, bei geistigen Behinderungen, bei Personen mit eingeschränkter Lebensqualität und bei Personen mit Kindern.

VI. Ausblick

Entsprechend dem Konzept der Social-Choice-Theorie würden gesellschaftliche Entscheidungen über die Priorisierung und Rationierung von Leistungen auf der Basis von Präferenzen der Bevölkerung getroffen. Im Fall des deutschen Gesundheitswesens sollten demnach zumindest die Präferenzen der GKV-Versicherten eingehen, die als Kollektiv und, im Fall der eigenen Erkrankung, individuell von der Entscheidung betroffen sind. Allerdings lässt sich aus den Beobachtungen vorhandener Präferenzen nur an einigen Stellen ein klares Meinungsbild für eine Priorisierung nach Patientencharakteristika ableiten: Bevorzugungen sind akzeptiert bei Kindern, bei Patienten mit akuten Erkrankungen und bei Patienten mit lebensbedrohlichen Erkrankungen. Andere Charakteristika sind als Gründe für Bevorzugung nicht akzeptiert, oder das Bild ist nicht eindeutig. Bei Kriterien mit nicht eindeutiger Akzeptanz oder Ablehnung, wie z.B. beim Alter eines Patienten, erscheint es sinnvoll, einen gesellschaftlichen Diskurs anzustreben. Denn das reine Charakteristikum, im Beispiel Alter, scheint nicht fein genug zu sein, um Mehrheiten für die eine oder andere Richtung zu generieren. So beobachten wir in neuesten Experimenten, dass eine klare Mehrheit von Befragten nicht nur eines, sondern mehrere Prinzipien für Allokationsentscheidungen im Gesundheitswesen formuliert, deren Anwendung von den jeweiligen Rahmenbedingungen der Verteilungssituation und den Patientencharakteristika abhängt. Im gesellschaftlichen Diskurs sollte es meines Erachtens daher nicht darum gehen, ob, um im Beispiel zu bleiben, das Alter als eindimensionales Charakteristikum ein Priorisierungskriterium sein soll. Im Sinne einer strukturierten gesellschaftlichen Entscheidung wäre es zunächst sinnvoll, den Möglichkeitsraum zu erforschen und parallel dazu gesellschaftliche Ziele für die Versorgung im Alter zu diskutieren. Mögliche soziale Konzepte für die Gesundheitsversorgung im Alter werden diverse Dimensionen berücksichtigen, die zunächst im Diskurs herausgearbeitet werden sollten.

Literatur

Ahlert M, Felder S, Vogt B. Which patients do I treat? An experimental study with economists and physicians. Health Economic Review 2012; 2: 1-25

Ahlert M, Funke K, Schwettmann L. Thresholds, productivity, and context – an experimental study on the determinants of distributive behaviour. Social Choice and Welfare. Im Erscheinen

Ahlert M, Funke K. A mental model for decision making in allocating a medical resource. Bremen: Jacobs University FOR 655, 2012, No. 33

Blackorby C, Donaldson D, Weymark J A . Social Choice with interpersonal comparisons: A diagrammatic introduction. International Economic Review 1984; 25: 327-356

Breyer F, Zweifel P, Kifmann, M. Gesundheitsökonomik. 5. überarbeitete Auflage, Berlin: Springer, 2005

Diederich A, Schreier M. Einstellungen zu Priorisierung in der medizinischen Versorgung: Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsbefragung. Bremen: Jacobs University FOR 655, 2010, No. 27

Elster J. The empirical study of justice. In: Miller D, Walzer M (eds) Pluralism, justice and equality. Oxford University Press, Oxford, 1995: 81-98

Selten, R. Aspiration adaptation theory. Journal of Mathematical Psychology; 42: 191-214

Sen A. Capability and wellbeing. In: Sen A, Nussbaum M (Hrsg.). The quality of life. Oxford: Clarendon Press, 1993: 30-53

Danksagung

Die Autorin dankt dem Lichtenberg-Kolleg und den Organisatoren des Workshops „Gerecht sorgen" für die freundliche Einladung und die Gelegenheit zum interdisziplinären Diskurs.

Die im Aufsatz zitierten aktuellen Forschungsarbeiten sind von der DFG im Projekt C4 der Forschergruppe FOR 655 „Priorisierung in der Medizin" gefördert worden. Die Autorin dankt der DFG für die finanzielle Unterstützung.

Was heißt Gerechtigkeit in der medizinischen Versorgung? – Ein ökonomischer Überblick

Dr. sc. Pol. Laura Birg, Priv.-Doz. Dr. rer. pol. Björn A. Kuchinke***

I. Einleitung und Problemstellung

Das Thema „gerechte Versorgung“ mit Gesundheitsdienstleistungen beschäftigt seit jeher viele wissenschaftliche Disziplinen. Die Ökonomie bildet hier keine Ausnahme. Dies gilt insbesondere deswegen, weil die Ökonomie die „Lehre der Knappheit“ ist oder anders gesagt: Ohne ein Knappheitsproblem, d. h. wenn zu jeder Zeit in unbeschränktem Maße mit höchstmöglicher Qualität alle möglichen Gesundheitsdienstleistungen auch in dynamischer Sichtweise zur Verfügung stehen würden, sind ökonomische Betrachtungen hinfällig.[1] Genau dann stellt sich kein Verteilungsproblem, auch nicht die Frage, wann welche Person welche Leistung erhält und somit auch nicht die Frage nach Gerechtigkeit in der Versorgung.[2] In diesem quasi paradiesischen Zustand befindet sich jedoch kein den Autoren bekanntes Gesundheitssystem (und wird es vermutlich auch nie), ganz im Gegenteil

* Dr. Laura Birg ist Postdoc am Centrum für Europa-, Governance- und Entwicklungsforschung an der Universität Göttingen, Platz der Göttinger Sieben 3, 37073 Göttingen, Mail: laura.birg@wiwi.uni-goettingen.de.

** PD Dr. Björn A. Kuchinke vertritt die Professur Medienökonomie an der Bauhaus-Universität Weimar, Albrecht-Dürer-Str. 2, 99425 Weimar, Mail: bjoern.axel.kuchinke@uni-weimar.de.

1 Dies gilt wahrscheinlich für viele andere Disziplinen in gleichem Maße.

2 Gerechtigkeit würde hier also bedeuten, dass alle Betroffenen in unbegrenztem Maße Leistungen erhalten und/oder erhalten sollen.

herrscht, wie in vielen anderen Wirtschafts- und Lebensbereichen, Knappheit.[3] Die Ökonomie scheint insofern grundsätzlich geeignet, um in diesem Diskussionsfeld adäquate Problemaufrisse erarbeiten und Lösungsvorschläge machen zu können.

Im vorliegenden Beitrag soll ein strukturierter Überblick darüber gegeben werden, welche Konzepte, Ansätze und Kriterien bei einer ökonomischen Betrachtung einer gerechten Versorgung eine Rolle spielen und welche Folgen sowie Lösungsmöglichkeiten sich aus ökonomischer Sicht ergeben. Der Beitrag beginnt in Kapitel II. mit einer theoretischen Betrachtung. Hier erfolgt eine grundsätzliche Einordnung des Problems einer gerechten Versorgung und es wird insbesondere der Zusammenhang bzw. der vermeintliche Konflikt zwischen Effizienz und Gerechtigkeit aufgezeigt. Darauf aufbauend werden in Kapitel III. weiterführende Überlegungen angestellt. Ziel ist es, auf Basis der in Kapitel II. erarbeiteten Ergebnisse und Probleme, Lösungsmöglichkeiten für eine gerechte Versorgung aufzuzeigen. Der Beitrag endet in Kapitel IV. mit Schlussbemerkungen.

II. Grundsätzliche Einordnung

1. Überlegungen zur Gerechtigkeit

In der ökonomischen Theorie ist grundsätzlich zwischen normativer und positiver Theorie zu unterscheiden.[4] In der normativen Theorie werden die gesellschaftlichen Ziele diskutiert und formuliert. Normative Theorie (normative Ökonomik) umfasst also Aussagen über anzustrebende Ordnungen oder Zustände auf der Basis von Werturteilen, die sich deshalb letztlich

- nicht begründen lassen und
- sich nicht als wahr oder falsch erweisen können.

Typischerweise sind hier etwa Ziele wie Freiheit, Sicherheit, Frieden und eben Gerechtigkeit zu nennen. Diese gesellschaftlichen Ziele werden diskutiert und fixiert, weil hierüber das Gemeinwohl einer Gesellschaft als oberstes Ziel maximiert werden soll. Unterschiedliche Gesellschaften kommen dabei – auf demokratischem oder auf anderem Wege – zu alternativen Vorstellungen. Beispielsweise sind die Freiheitsrechte, wie Gewerbefreiheit, individuelle Freiheitsrechte, Freiheit der Berufswahl usw., in sozialistischen, kommunistischen oder diktatorischen Systemen anders festgelegt als in demokratischen, marktlich-wettbewerblich organisierten Systemen.[5]

---

[3] Knappheit ist hier breit zu verstehen, d. h. die zur Verfügung stehenden Güter, Dienstleitungen und Ressourcen sind begrenzt und stehen nicht in unendlichem Maße zur Verfügung.

[4] Vgl. hier wie im Folgenden Giersch, H. (1961), Allgemeine Wirtschaftspolitik, Band 1, Gabler, Wiesbaden, Kap. 1.

[5] Normativ ökonomisch gesehen ist der zentrale Grund hierfür eben eine andere Wertevorstellung,

Ähnliches gilt nun für die Frage, was gerecht ist. Die Vorstellung über die Frage der Gerechtigkeit variiert dabei nicht nur zwischen völlig unterschiedlich ausgestalteten Gesellschafts- und Wirtschaftssystemen, sie kann selbstverständlich auch im Zeitablauf Änderungen in einem System unterliegen. Damit ist beispielsweise gemeint, dass in marktlich orientierten Systemen im Unterschied zu anderen Wirtschafssystemen die primäre Verteilung des Einkommens nach der Marktleistung erfolgt (oder erfolgen sollte)[6]: Ein Unternehmen, welches ein besseres Produkt als ein zweites Unternehmen hat, erwirtschaftet mithin einen höheren Gewinn. Gleiches gilt für einen Arbeitnehmer, der produktiver ist als ein anderer. Durch dieses einfache Beispiel, wird jedoch schon die Problematik deutlich, die darin besteht, dass es auch hier A) bei einer spezifischen Frage nach Gerechtigkeit alternative Vorstellungen geben kann. Mit Blick auf Deutschland erfolgt zwar die primäre Verteilung des Einkommens zumindest im Groben nach der Marktleistung, aber es existieren auch umfangreiche Umverteilungsmaßnahmen über das Steuersystem, die Sozialversicherungssysteme usw., um die Einkommensverteilung zu korrigieren und „gerecht" auszugestalten. Die Instrumente und die Höhe der Umverteilung werden fortlaufend diskutiert.[7] B) werden in unterschiedlichen Lebenslagen und -bereichen in ein und derselben Gesellschaft unterschiedliche Ausprägungen von „Gerechtigkeit" akzeptiert. Ist die marktliche Verteilung des Einkommens oder zumindest der Grundgedanke, dass derjenige der mehr oder besser arbeitet auch ein höheres Einkommen erhalten soll, in gewissem Maße als akzeptiert anzusehen, so ist dies im Bereich Sport viel eindeutiger. Wenn beispielsweise eine Fußballmannschaft quasi im marktlichen, wettbewerblichen Wettkampf unter gleichen, fairen Bedingungen und ohne Fehler oder Bevorzugungen des Schiedsrichters gegen eine andere Mannschaft gewinnt, dann ist dies gesellschaftlich akzeptiert. Oder besser: Der Mechanismus ist akzeptiert, denn sicherlich wird der Fan der unterlegenen Mannschaft das Ergebnis als nicht gut empfinden.[8]

Mit Blick auf das deutsche Gesundheitswesen wäre eine solche rein marktliche, wettbewerbliche Auffassung von „Gerechtigkeit" wohl eher als Minderheitsmeinung zu betrachten. Das bedeutet, im Gesundheitswesen soll es insbesondere aus Sicht der Nachfrager, also der Patienten, nicht dazu kommen, dass Gesundheitsdienstleistungen (ausschließlich) nach der Zahlungsbereitschaft verteilt werden, wie

---

wie das Gemeinwohl einer Gesellschaft über die Ausgestaltung der Freiheitsrechte maximiert werden kann.

[6] Zur Begründung s. II.2.

[7] Schlagworte wären hier „Steuergerechtigkeit", „Mindestlohn"/Lohnhöhe" usw., um die Diskussionen zu beschreiben, die der Frage nachgehen, wann eine Einkommensverteilung gerecht ist.

[8] Unkritische, d. h. breit anerkannte Gerechtigkeitsvorstellungen oder -verständnisse, in Gesellschaften westlicher, demokratischer Prägung sind ferner etwa die Startgerechtigkeit oder die Gleichheit vor dem Gesetz: Jedes Kind soll unabhängig vom Einkommen der Eltern die gleichen Chancen hinsichtlich Bildung, Ausbildung usw. erhalten und jeder Bürger soll vor dem Gesetz gleich behandelt werden, d. h. unabhängig von Einkommen, Herkunft usw. Selbstverständlich sind die konkreten Vorstellungen über die Startgerechtigkeit unterschiedlich und es ist natürlich fraglich, ob in allen Situationen eine Gleichbehandlung vor dem Recht erfolgt. Hierauf soll jedoch an dieser Stelle nicht eingegangen werden, die Ausführungen dienen lediglich der Illustration.

dies auf anderen Märkten üblich ist.[9] Wichtigster Ausdruck dafür ist die Tatsache, dass in Deutschland nahezu 100% aller Einwohner den Schutz einer Krankenvollversicherung genießen, die im Grunde alle Behandlungen umfasst bzw. für die entstandenen Kosten der Versorgung aufkommt. Die Versorgung der Patienten ist damit nicht direkt an ihr Budget und ihre Zahlungsbereitschaft gekoppelt. Auch hier finden innerhalb der Krankenversicherung erhebliche Umverteilungen statt und zwar, je nachdem, von einkommensstärker zu einkommensschwach, von gesund zu krank usw.

In der konkreten Versorgung mit Gesundheitsdienstleistungen wird darüber hinaus häufig von der „Bedarfsgerechtigkeit" gesprochen, d. h. jeder Patient soll entsprechend seiner Erkrankung bzw. seines daraus entstehenden Bedarfs versorgt werden.[10] Streng ökonomisch genommen ist der Begriff „Bedarfsgerechtigkeit" falsch bzw. ist weiter zu erläutern. Zunächst ist zu sehen, dass mikroökonomisch bzw. industrieökonomisch bei der Analyse von Märkten typischerweise die jeweils gehandelten Güter untersucht werden.[11] Entsprechend der ökonomischen Theorie werden Güter konsumiert, um Bedürfnisse zu befriedigen und nicht etwa den Bedarf.[12] Es müsste also eigentlich – ökonomisch – „Bedürfnisbefriedigung" heißen. Gesundheitsgüter oder -leistungen haben demzufolge den Sinn, das Bedürfnis nach Gesundheit bzw. Gesundung zu stillen, welches seinen Ausdruck in dem Verlangen nach Linderung, Heilung oder Beseitigung von Schmerzen, Erkrankungen oder sonstigen Leiden und Gebrechen findet.[13] Die Heilung einer Erkrankung ist demnach nicht das Gut, das der Patient nachfragt, sondern sein Bedürfnis.[14] Die Befriedigung seines Bedürfnisses geschieht beispielsweise durch den Erfolg der Krankheitsbehandlung. Die Heilung und damit der Grad der Bedürfnisbefriedi-

[9] Vgl. hierzu auch II.2.

[10] Vgl. hier wie im Folgenden Kuchinke, B. A. (2004), Krankenhausdienstleistungen und Effizienz in Deutschland - eine industrieökonomische Analyse, in: Gäfgen, Gérard, Oberender, Peter (Hrsg.): Gesundheitsökonomische Beiträge, Nr. 43, NOMOS Verlag, Baden-Baden, S. 46.

[11] Vgl. Arrow, K. (1963), Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care, in: American Economic Review, Vol. 53, No. 5, S. 941-973, hier S. 941. Im Rahmen dieses Beitrags wird nicht auf den Humankapitalansatz eingegangen.

[12] Zum Begriff Bedürfnis vgl. Kirsch, G. (1993), Neue Politische Ökonomie, 3. Aufl., Düsseldorf, S. 181 f. Zu einer anderen Auffassung von Bedarf vgl. Bruckenberger, E. (1991), Krankenhausplanung im vereinigten Deutschland, in: Arbeit und Sozialpolitik, 45. Jg., S. 15-26, hier S. 16, dieser wird jedoch nicht gefolgt.

[13] Vgl. §§ 20 ff., 107 SGB V. Der Begriff Gesundheitsgüter oder -leistungen umfasst Waren und Dienstleistungen. Vgl. Herder-Dorneich, P., Gesundheitsökonomik: Systemsteuerung und Ordnungspolitik im Gesundheitswesen, Stuttgart (1980), S. 1 und Oberender, P., Ruckdäschel, S. (2000), Das "besondere" Gut Gesundheit - Implikationen für die stationäre Versorgung, in: Heiß, Günter (Hrsg.): Wie krank ist unser Gesundheitswesen, Mainz, S. 175-187, hier S. 175.

[14] Vgl. dagegen z. B. Börsch-Supan, A. (2002), Vom Schnupfen zur Grippe. Eine Reform des Gesundheitswesens muss dessen Selbstheilungskräfte reaktivieren, in: Bollmann, Stefan (Hrsg.): Patient Deutschland, Stuttgart, S. 180. Die Heilung muss nicht zwingend am Ende einer Behandlung stehen. Das Ziel kann auch die Stabilisierung eines Gesundheitszustandes sein.

gung stellt das Ergebnis der Krankheitsbehandlung und der damit verbundenen Konsumtion von Gesundheitsgütern dar.[15]

Ökonomisch gesehen wirft der Begriff „Bedarf" bzw. „Bedarfsgerechtigkeit" jedoch noch weitere Fragen auf. Bei genauerem Hinsehen wird der Begriff nämlich in der Gesundheitspolitik auch noch anderweitig verwendet. Beispielsweise gibt es in Deutschland eine „Krankenhausbedarfsplanung". Die Idee ist, dass der Staat oder staatliche Institutionen die Krankenhausversorgung plant bzw. planen und so die Versorgung sichergestellt wird. Überspitzt formuliert ist damit das „Bedürfnis", das was ein Patient mikroökonomisch haben will, der „Bedarf" ist das, was er haben soll. Der „geplante Bedarf" muss hierbei nicht zwangsläufig mit den „Bedürfnissen" übereinstimmen. Hierdurch treten auch Zielkonflikte auf. Beispielsweise ist ein immer wieder postuliertes Ziel in der deutschen Gesundheitspolitik ein „souveräner Patient", der für sich selbst entscheiden und letztendlich dadurch über seine Nachfrage das Angebot steuern soll. Dies ist jedoch unvereinbar mit dem Gedanken eines „geplanten Bedarfs", beispielsweise im Krankenhaussektor.

Ohne die weiteren Zielkonflikte im Detail zu erläutern und ohne den Anspruch auf Vollständigkeit erlaubt Tabelle 1 einen selektiven Einblick in die verschiedenen Ziele, die für das Gesundheitswesen in Deutschland auszumachen sind:

Tabelle 1: Relevante Ziele im fünften Sozialgesetzbuch[16]

Ziele	**Verankerung SGB V**	**Inhalt**
Gesundheitsziele	§ 1	Gesundheitszustand (Bevölkerungs- und Individualgesundheit) erhalten, wiederherstellen oder verbessern
Ordnungsziele	§§ 1, 4, 72, 77	Solidarität und Eigenverantwortung, Rechte und Pflichten der Versicherten, Art der Finanzierung, Kompetenzen der regulierenden und steuernden Institutionen

[15] Vgl. Grossman, M. (1972), The Demand for Health: A theoretical and empirical Investigation, New York, hier S. 1 ff. und Doppmann, R. (1985), Determinanten der Nachfrage nach Gesundheit und der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen: Eine ökonomische und ökonometrische Analyse für die Schweiz, Basel, S. 8 ff. Neben den Gesundheitsgütern gibt es andere Faktoren, wie die physische Konstitution oder der Lebenswandel des Patienten, die die Gesundung bzw. den Gesundheitszustand des Einzelnen beeinflussen. Diese sollen außer Acht gelassen werden.

[16] Vgl. Kuchinke, B. A. (2004), a. a. O., S. 26. Auf weitere Gesetze oder Vorgaben, die das Gesundheitswesen betreffen, soll an dieser Stelle nicht eingegangen werden.

Ziele	**Verankerung SGB V**	**Inhalt**
Versorgungsziele	§§ 11, 27, 39, 73, 99, 112	Bestimmung der Leistungsarten, der Form und des Umfang, Sicherstellung der Versorgung durch die relevanten Institutionen
Wirtschaftlichkeitsziel	§§ 2 Abs. 4, 12 Abs. 1, 113	Wirtschaftliches Handeln aller Beteiligten

Als oberstes Ziel ist gemäß des fünften Sozialgesetzbuches (SGB V) und nach Tabelle 1 der Gesundheitszustand der Bevölkerung anzusehen. Dieser soll erhalten, wiederhergestellt oder verbessert werden. Daneben sind weitere Ziele zu erkennen, die dazu dienen sollen, die Gesundheitsziele zu erreichen. Darunter fallen z. B. ordnungspolitische Ziele. Dazu zählt die Organisation der Krankenversicherung durch den Solidargedanken, die Festlegung von institutionellen Regeln oder die Rechten und Pflichten der Versicherten. Gleichzeitig werden Versorgungsziele formuliert, d. h. die Bestimmung der abgesicherten Leistungsarten oder die Sicherstellung der Versorgung, etwa durch die soeben angesprochene Krankenhausbedarfsplanung. Überdies ist im SGB V auch ein Wirtschaftlichkeitsziel enthalten, welches alle Akteure zu einem wirtschaftlichen Handeln verpflichtet. Zusammengefasst bedeutet dies, dass es aus gesundheitspolitischer Sicht als kaum möglich erscheint ein konfliktfreies Verständnis von Gerechtigkeit zu entwickeln und zu formulieren. Es bestehen also Zielkonflikte. Ein Beispiel hierfür wäre, dass das Wirtschaftlichkeitsprinzip oder besser das Wirtschaftlichkeitsziel nicht mit den festgelegten Regularien im Rahmen der ordnungspolitischen Ziele in Einklang zu bringen ist, denn die aktuelle Regulierung greift erheblich in die marktlichen Prozesse ein. Damit wird es nicht zu einem wirtschaftlich sinnvollen Umgang mit den eingesetzten, knappen Mitteln kommen.

Im Rahmen einer gerechten Versorgung fällt in Deutschland auch immer wieder ein anderes Schlagwort, nämlich das der „Zwei-Klassen-Medizin". Diese wird als ungerecht empfunden und ist insofern nach Meinung von vielen Gesundheitspolitikern abzuschaffen.[17] Hierzu ist ökonomisch zunächst anzuführen, dass das „Problem" der „Zwei-Klassen-Medizin" in Deutschland anders ist als in anderen Ländern wie beispielsweise den Vereinigten Staaten von Amerika. Dort ist es so,

[17] Das bedeutet also eine „Ein-Klassen-Medizin" als Ziel. Vgl. zu diesem und zu den nächsten Abschnitten Kuchinke, B. A., Sauerland, D., Wübker, A. (2009), The Influence of Insurance Status on Waiting Times in German Hospitals: An Empirical Analysis of New Data, in: The International Journal for Equity in Health, 8:44 und Schwierz, Chr., Wübker, A., Wübker, A., Kuchinke, B. A. (2011), Discrimination in Waiting Times by Insurance Type and Financial Soundness of German Acute Care Hospitals, in: The European Journal of Health Economics, Vol. 12, No. 5, S. 405-416.

dass rund 40 Millionen Einwohner gar nicht oder unterversichert sind. Die zwei Klassen bestehen also gewissermaßen darin, dass ein Patient versorgt wird und ein weiterer im Extremfall gar nicht bzw. lediglich auf eigene Kosten. In Deutschland geht es nun nicht um die Alternative einer Versorgung versus einer Nichtversorgung, sondern vielmehr um zwei Kriterien, nämlich 1) die Behandlungsart oder -umfang und 2) den Behandlungstermin. Das bedeutet der Patient in der ersten Klasse erhält schneller bessere Leistungen als der Patient in der zweiten Klasse. Vermeintlicher Hauptgrund für die Unterschiede ist der Versichertenstatus, also ob ein Patient gesetzlich oder privat versichert ist.

Hierzu ist zunächst anzumerken, dass es weder ein reales noch ein theoretisches System gibt, in dem es de facto nicht zu einer Zwei- oder Mehr-Klassen-Medizin kommen würde.[18] Eine Ausnahme wäre ein System, in dem kein Wirtschaftssubjekt behandelt würde. Dann würden de facto alle gleich, eben nicht behandelt, und das Problem der „Zwei-Klassen-Medizin" träte nicht auf. Ansonsten wird es immer so sein, dass ein Patient schneller, besser oder anders behandelt wird als ein zweiter. Man stelle sich den fiktiven Zustand einer einheitlichen Versicherung für alle Bürger vor: Würden dann alle Patienten gleich behandelt? Vermutlich nicht, denn wenn ein Patient einen Arzt gut kennt oder mit ihm vielleicht familiär verbunden ist, dann würde dieser wahrscheinlich schneller einen Termin bekommen. Es könnte auch sein, dass Patienten ins Ausland fahren und sich dort auf eigene Rechnung schneller und besser behandeln lassen. Wenn diese beiden Faktoren – z. B. durch hohe Strafen – und gleichzeitig auch Seitenzahlungen an den Arzt usw. ausgeblendet werden: Würde sich dann eine „Ein-Klassen-Medizin" ergeben? Die Antwort lautet „nein", denn es sind nicht alle Ärzte gleich befähigt – ein Umstand, der gerne vergessen wird (insbesondere wenn Ärztehonorare diskutiert werden). Es muss also Patienten geben, die schlechter behandelt werden als andere. Dieses Problem, Knappheit an guten Ärzten, ist nicht zu lösen, auch wenn die eingesetzten Ressourcen 50 % oder mehr des Bruttoinlandsproduktes betragen würden. Deshalb ist der Vorwurf einer „Zwei-Klassen-Medizin" in der Diskussion der deutschen Gesundheitspolitik als Totschlagargument zu werten, weil sich eine solche nie ausblenden lässt.

Empirisch ist die „Zwei-Klassen-Medizin", insbesondere mit Fokus auf den Behandlungstermin, mittlerweile recht gut untersucht. Für Deutschland ergibt sich ein einheitliches Bild. Grundsätzlich ist der Umstand nachzuvollziehen, dass privat Versicherte schneller einen Termin erhalten als gesetzlich Versicherte. Das Problem ist jedoch erstens nicht in allen Versorgungsbereichen gleich groß. Im niedergelassenen Ärztebereich ist signifikant häufiger eine Terminvergabe nach dem Versichertenstatus zu erkennen als im stationären Bereich. Das bedeutet im Umkehrschluss, dass das Problem der „Zwei-Klassen-Medizin" im niedergelassenen Ärztebereich größer ist als im stationären Bereich. Zweitens ist in allen Studien als

[18] Vgl. hier wie im Folgenden Kuchinke, B. A. (2004), a. a. O., S. 46 sowie Kuchinke, B. A., Sauerland, D., Wübker, A. (2009), a. a. O., und Schwierz, Chr., Wübker, A., Wübker, A., Kuchinke, B. A. (2011), a. a. O., S. 405-416.

ein Problem anzusehen, dass in keiner gezeigt werden kann, dass durch die längeren Wartezeiten Probleme bei den Patienten bzw. höhere Kosten aufgrund der zu späten oder anderen Behandlung resultieren. Wenn aus den unterschiedlichen Wartezeiten keine nachfolgenden Probleme resultieren, ist das „Problem" ökonomisch gesehen als eher unkritisch einzustufen. Dies gilt drittens umso mehr, als die Anreize, die so vom Gesetzgeber festgelegt worden sind, eben genau zu diesem Ergebnis führen. D. h., dass Ärzte oder Kliniken Termine nach dem Versichertenstatus vergeben, weil damit letztendlich der Gewinn größer ist, ist ökonomisch weder verwunderlich noch negativ zu beurteilen.

2. Industrieökonomische Aspekte zur Effizienz

Neben der zuvor genannten normativen Theorie gibt es in der Wirtschaftswissenschaft die positive Theorie bzw. die positive Ökonomik.[19] Hierbei geht es darum,

- bewährte ökonomische Gesetze[20] und deren
- Anwendungsbedingungen herauszuarbeiten.

Positive Theorie (positive Ökonomik) soll damit Aussagen über Ursachen-Wirkungs-Zusammenhänge (z. B. wenn ..., dann ..., je ..., desto... -Aussagen) formulieren, die

- frei von Werturteilen und
- logisch sowie
- empirisch überprüfbar sind.

Damit geht es letztendlich um die Anwendung der Theorie auf die Realität, um Sachverhalte zu erklären und zu prognostizieren.

Als klassische Lehrbuchbeispiele können etwa die Situationen eines Monopols oder das der vollständigen Konkurrenz (Wettbewerbssituation) angeführt werden, bei denen gezeigt werden kann, welches Ergebnis sich hinsichtlich der Preise und Mengen ergibt. D. h. der Ökonom ist in der Lage zu prognostizieren, dass unter den getroffenen Annahmen ein Monopolist einen Monopolpreis festlegen wird, der über dem Wettbewerbspreis liegt, was dazu führt, dass Ökonomen Monopole i. d. R. als schlecht bewerten und ablehnen.[21] Die Begründung ist darin zu sehen, dass durch den im Vergleich zur Wettbewerbssituation zu hohen Preis die Wohlfahrt aufgrund einer Ineffizienz sinkt oder, anders ausgedrückt, nicht maximal ist.

---

[19] Vgl. hier wie im Folgenden Giersch, H. (1961), a. a. O., Kap. 1.

[20] Bei diesen Gesetzen handelt es sich immer nur um Quasi-Gesetze, d. h. diese sind sachlich, räumlich und zeitlich eingeschränkt. Sie stellen damit keine „Naturgesetze" dar.

[21] An dieser Stelle werden keine Marktversagensbegründungen diskutiert. Vgl. hierzu z. B. Kruse, J. (1985): Ökonomie der Monopolregulierung, Göttingen und Kuchinke, B. A. (2004), a. a. O., Kap. 4 und im Überblick Fritsch, M. (2010), Marktversagen und Wirtschaftspolitik, 8. Aufl., München.

In der Ökonomie wird unter dem Wirtschaftlichkeitsziel das Erreichen der gesamtwirtschaftlichen Effizienz verstanden.[22] Eine Verschwendung von knappen Ressourcen soll bei einem gegebenen Güterbündel vermieden bzw. bei gegebenem Input eine maximale Bedürfnisbefriedigung durch das bereitgestellte Güterbündel erzielt werden. Die gesamtwirtschaftliche Effizienz lässt sich in drei partielle Effizienzen unterteilen, die technische, die qualitative und die allokative Effizienz. Daneben gibt es das Kriterium der Lenkungseffizienz.

Von technischer Effizienz wird gesprochen, wenn Güter in einer definierten Qualität zu den geringstmöglichen gesamtwirtschaftlichen Kosten produziert werden. Demgegenüber ist keine technische Effizienz gegeben, wenn die Produktionskosten höher liegen als die Kosten, die bei dem gegebenen Stand der Technik erreichbar sind. In einer solchen Situation bestehen Ineffizienzen.

Qualitative Effizienz ist erreicht, wenn bei einem fixierten Kostenniveau die maximale Zahlungsbereitschaft abgeschöpft wird. Dieser Zustand ist gegeben, wenn sich die produzierten Güter und Leistungen optimal an den Bedürfnissen der Nachfrager orientieren.

Mit der technischen und der qualitativen Effizienz ist die wirtschaftliche Effizienz noch unvollständig beschrieben, weil ein Kriterium zur Beurteilung der effizienten Preise und Mengen fehlt. Allokative Effizienz ist erreicht, wenn eine Produktionsausdehnung erfolgt, bis der Preis die Höhe der langfristigen Grenzkosten erreicht hat.[23]

Mit der technischen, der qualitativen und der allokativen Effizienz sind drei Kriterien dargestellt worden, um effiziente Zustände identifizieren zu können. Hierbei handelt es sich um eine statische Analyse. Diese ist an relativ enge Bedingungen geknüpft, denn die drei Teileffizienzen können im Grunde nur erreicht werden, wenn sich die Unternehmensumwelt über einen längeren Zeitraum nicht ändert.[24] Mit Blick auf die Realität wird deutlich, dass diese Annahmen nicht haltbar sind und Abweichungen von den theoretisch ermittelbaren Idealzuständen daher als unvermeidlich erscheinen.

Die Abweichungen von den effizienten Zuständen werden aus volkswirtschaftlicher Sicht aber erst zum Problem, wenn sie dauerhaft sind. Dies ist der Fall, wenn kein geeigneter Koordinationsprozess besteht, der dafür sorgt, dass Ineffizienzen aufgedeckt und abgebaut werden. Der Tatbestand, dass partielle Ineffizienzen permanent bestehen, wird auch als Lenkungsineffizienz bezeichnet. Umgekehrt

---

[22] Vgl. hier wie im Folgenden Kuchinke, B. A. (2004), a. a. O., Kap. 2.2 und die dort angegebenen Quellen.

[23] Da der Preis im genannten Monopolbeispiel über diesen Kosten liegt, ist bei einem Monopol zumindest eine allokative Ineffizienz nachzuvollziehen.

[24] Außerdem abstrahiert die statische Sichtweise von Informations-, Transaktions- und Marktaustrittskosten sowie von Markteintrittsbarrieren. Zu Informations- und Transaktionskosten vgl. generell Williamson, O. (1990), Die ökonomischen Institutionen des Kapitalismus, Tübingen und aus industrieökonomischer Sicht z. B. Lipczynski, J, Wilson, J. (2001), Industrial Organisation. An Analysis of Competitive Markets, Harlow, S. 10 f., S. 271 ff. und S. 304.

kann von einer Lenkungseffizienz gesprochen werden, wenn das gegebene Koordinationssystem zum ständigen Abbau von Ineffizienzen beiträgt.[25]

Im Allgemeinen kann davon ausgegangen werden, dass Lenkungseffizienz auf einem Markt durch ein wettbewerbliches Koordinationssystem gegeben ist, und dass dieses das effiziente Verfahren zur Ressourcenallokation darstellt.[26] Das grundlegende Prinzip, die Charakteristik und die volkswirtschaftlichen Wirkungen des Wettbewerbs, der im ureigensten Sinne mit dem Begriff und dem Wesen des Marktes gleichzusetzen ist, beschreibt bereits DE MANDEVILLE und ist vor allem durch SMITH als führender Vertreter der englischen Klassischen Schule bekannt geworden.[27] Der Grund für die lenkenden Kräfte, die SMITH auch als unsichtbare Hand beschreibt, ist darin zu sehen, dass wettbewerbliche Prozesse und die damit verbundenen Anreiz- und Sanktionsmechanismen bei Eigeninteresse der Wirtschaftssubjekte bewirken, dass wirtschaftliche Entscheidungen getroffen werden, die zu einer effizienten Bereitstellung des Angebotes führen.[28] Unternehmen bzw. deren Eigentümer werden beispielsweise bei ineffizienter Produktion dadurch sanktioniert, dass der erzielte bzw. erzielbare Gewinn sinkt. Im Extremfall wird das Unternehmen vom Markt verdrängt. Im umgekehrten Fall steigt der Gewinn. Letztendlich lenkt der Wettbewerb die knappen Ressourcen in die effektivste Verwendung.[29]

Der Gedanke, dass durch Wettbewerb bestimmte Ziele bzw. Funktionen erfüllt werden, ist in der deutschen Wettbewerbstheorie und -politik insbesondere durch die Arbeiten von KANTZENBACH entscheidend mitgeprägt worden.[30] Dieser

---

[25] Das Analyseinstrumentarium der technischen, qualitativen und allokativen Effizienz wird vor dem Hintergrund dieser Überlegungen allerdings nicht überflüssig. Erst hierdurch können eventuell bestehende Ineffizienzen, die sich aus dem vorhandenen Ordnungsrahmen ergeben, exakt dargestellt werden. Außerdem wird es möglich, die Wirkungen von ordnungspolitischen Alternativen detailliert zu diskutieren und zu bewerten.

[26] Diese Aussage gilt womöglich dann nicht, wenn ein Marktversagenstatbestand erfüllt ist. Vgl. Fritsch, M. (2010), a. a. O.

[27] Vgl. de Mandeville, B. (1990, erstmals erschienen 1714), Fable of the Bees. Or: Private vices public benefits, Faksimile Ausgabe Düsseldorf, Düsseldorf und Smith, A. (1993, erstmals erschienen 1776), An inquiry into the nature and causes of the wealth of nations, Oxford.

[28] Effizient meint hier im Sinne der drei Partialeffizienzen.

[29] Von Hayek spricht in diesem Zusammenhang vom Wettbewerb als Entdeckungsverfahren. Vgl. von Hayek, F. (1969), Der Wettbewerb als Entdeckungsverfahren, in: von Hayek, Friedrich A.: Freiburger Studien, Tübingen, S. 249-265, hier S. 249.

[30] Vgl. Kantzenbach, E. (1967), Die Funktionsfähigkeit des Wettbewerbs, 2. Aufl., Göttingen. Kantzenbach kann als einer der deutschen Hauptvertreter der so genannten Harvard School angesehen werden. Die Anfänge der Harvard School reichen bis in die dreißiger Jahre des letzten Jahrhunderts zurück. Einer der bedeutendsten Vertreter dieser amerikanischen Schule, neben z. B. Bain, Scherer oder auch Shepherd, ist Clark. Vgl. z. B. Clark, J. (1961), Competition as a Dynamic Process, Washington. Auf diese ökonomische Schule geht auch der Begriff des workable competition oder auch des effective competition, des funktionsfähigen Wettbewerbs zurück. Dieses Konzept stellt insbesondere auf die wünschenswerten Marktergebnisse ab, wobei die Effizienz entscheidender Faktor ist.

unterscheidet insgesamt fünf Wettbewerbsfunktionen, wobei die ersten drei statischer und die zwei folgenden dynamischer Natur sind:[31]

1. Einkommensverteilung nach der Marktleistung,
2. Steuerung des Angebots nach den Konsumentenpräferenzen,
3. Lenkung der Produktionsfaktoren in ihre produktivsten Einsatzmöglichkeiten,
4. flexible Anpassung der Produktion und der Produktionskapazität an die außerwirtschaftlichen Daten und
5. Durchsetzung des technischen Fortschritts.

3. Das Anwendungsfeld „Gesundheit"

Zusammenfassend und mit Blick auf die Ausführungen in Kapitel II.1 und II.2 wird nun der Zusammenhang zwischen Gerechtigkeit als normatives Ziel und dem Kriterium der Effizienz in der positiven Ökonomik deutlich: Im strengen ökonomischen Sinn ist eine Versorgung dann gerecht, wenn diese über einen wettbewerblichen Prozess erfolgt und sich an der Nachfrage (Zahlungsbereitschaft) orientiert. Dies führt zur höchstmöglichen Wohlfahrt. Alle anderen Definitionen von Gerechtigkeit in der Versorgung führen ökonomisch gesehen zu einem schlechteren Ergebnis, also zu einer geringeren Wohlfahrt, und sind insofern als „second-best-scenario" zu beschreiben. Als Ökonom folgt hieraus, dass alle Definitionen von Gerechtigkeit jenseits des Effizienzkriteriums als (gesellschaftlich, wohlfahrtstheoretisch) nicht optimal zu werten sind.

Diese Position mag auf den ersten Blick als „hart" und als womöglich nicht praktikabel erscheinen. Die entscheidende Frage ist ja, wie hoch die (tatsächliche) Zahlungsbereitschaft (die zweifelsohne auch am konkreten Einkommen oder besser vom Vermögen abhängig ist) womöglich am Lebensende ist? Ohne eine abschließende Beantwortung der Frage an dieser Stelle geben zu können, sollen zumindest einige Überlegungen hierzu angestellt werden, die die ökonomische Perspektive verdeutlichen sollen.[32]

Auf den ersten Blick erscheint die Beantwortung der Frage z. B. bei einer lebensbedrohlichen Erkrankung oder im Extremfall bei einer vielleicht nicht mehr heilbaren Krankheit simpel: Alles! Der Patient würde alles dafür hergeben, seine Zahlungsbereitschaft entspricht seinen finanziellen Möglichkeiten. Das würde auch implizieren, dass womöglich Patienten nicht oder zu spät behandelt werden, weil

[31] Vgl. Kantzenbach, E. (1967), a. a. O., S. 16 ff. Die ersten drei Funktionen werden als statische Wettbewerbsfunktionen bezeichnet, weil diese im Rahmen der statischen Gleichgewichtsanalyse erörtert werden können. Die weiteren Funktionen sind bei der Analyse von evolutorischen Wirtschaftsentwicklungen relevant.

[32] Es wird immer davon ausgegangen, dass der Patient noch selbst entscheiden kann oder aber eine Verfügung verfasst hat, so dass Dritte für ihn in seinem Sinne entscheiden.

ihre tatsächliche Zahlungsbereitschaft zu gering sind. Dieser Zustand würde zur höchstmöglichen Wohlfahrt, zu einem effizienten Zustand führen.

Gleichzeitig erscheint diese Antwort als doch relativ zu einfach, denn ökonomisch sind immer die Alternativen zu berücksichtigen. Würde ein Patient am Lebensende, unheilbar krank, tatsächlich immer alles dafür tun, um sein Leben, womöglich aus seiner Sicht nicht mehr lebenswert und sehr kurz, zu verlängern? Die Alternative wäre etwa, seinen Enkeln durch das Geld eine gute Ausbildung zu finanzieren. Eine weitere Alternative wäre, die Zahlungsbereitschaft ins Verhältnis zur Wahrscheinlichkeit der Genesung zu setzen. Oder aber diese ins Verhältnis zu den Torturen der Behandlung oder des nach der Behandlung noch möglichen Lebens zu setzen. Werden diese Möglichkeiten mit berücksichtigt, dann erscheint die Beantwortung der Frage als nicht mehr eindeutig und die Entscheidung des Einzelnen folgt somit einem ökonomischen Kalkül, nämlich dass Individuen ihren Nutzen über die Äußerung ihrer Zahlungsbereitschaft bzw. der Nachfrage maximieren.

Bei den Ausführungen zur normativen und positiven Ökonomik ist jedoch auch deutlich geworden, dass die gesellschaftlichen Ziele über einen öffentlichen Diskurs festgelegt werden. Diese müssen nicht zwangsläufig ökonomischen Prinzipien oder dem Gedanken der Effizienz folgen. Hierzu ist auch in Tabelle 1 deutlich gemacht worden, dass im deutschen Gesundheitswesen alternative Ziele gelten und fixiert worden sind. Hierbei kann zum einen die soeben beschriebene Position eingenommen werden, dass alle Gerechtigkeitsdefinitionen – außerhalb der ökonomischen – ökonomisch „schlecht" sind. Auf der anderen Seite sind alternative Gerechtigkeitsdefinitionen gesellschaftlich, demokratisch legitimiert. Insofern gilt es ökonomisch diese verschiedenen Definitionen von Gerechtigkeit zu prüfen. Gemein ist allen, dass diese „second-best" sind, da die Ver- oder Zuteilung der ökonomisch knappen Ressourcen nicht über den Wettbewerb anhand der Zahlungsbereitschaft erfolgt. Im Sinne der positiven Ökonomie erscheint es nun als fast unmöglich, diese – ökonomisch abzulehnenden – Kriterien der Zuteilung ökonomisch zu analysieren. Ein Beispiel hierzu wäre das im Moment in der Öffentlichkeit stark im Fokus stehende Zuteilungssystem bei Organen. Klar ist, dass sich die Analyse im aktuell nachzuvollziehenden Ordnungsrahmen mit Krankenvollversicherung usw. bewegt. Aus ökonomischer Sicht mag nun noch aus Kosten-Nutzen-Sicht zu motivieren sein, dass beispielsweise hinsichtlich des Kriteriums „Alter" ein junger Organbedürftiger einem alten vorzuziehen ist. Die Kosten sind identisch, aber der Nutzen sollte im Normalfall bei einem jüngeren höher sein (bei gleicher Ausbildung, Produktivität usw.). Aber bei der Berücksichtigung alternativer Kriterien ist eine Analyse nahezu unmöglich, da die Effekte ökonomisch nicht oder kaum mehr bewertet werden können. Die Kriterien erscheinen überdies beliebig und sind häufig nicht transparent oder begründbar. Mit begründbar ist hier ökonomisch begründbar gemeint: Sie führen nicht zur größtmöglichen Wohlfahrt, sondern zu Ineffizienz. Es erscheint auch nicht immer klar, welche Motivation die Beteiligten bei der Diskussion haben und warum diese sich für bestimmte Krite-

rien stark machen. Aus ökonomischer Sicht tritt noch ein weiteres Problem auf, nämlich dass die Kriterien von Dritten festgelegt werden und eine individuelle Äußerung der Nachfrage über die Zahlungsbereitschaft unterbleibt. Dies ist weit weg vom Gedanken des wohlfahrtsoptimalen, wettbewerblich organisierten Systems. Die Diskussion ist überdies – eher weniger ökonomisch in der Wertung, aber aus Sicht eines Ökonomen – zum größten Teil als eine Diskussion von vermeintlichen Diskutanten zu bezeichnen, die vorgeben, die Verteilung werde besser und „gerechter". Aus ökonomischer Sicht ist dies nicht haltbar, denn die Verteilung ist und bleibt „second-best" und folgt nur einem anderen, gleich gutem oder schlechtem (normativen) Verständnis von Gerechtigkeit.[33]

III. Weiterführende Überlegungen

Aufgrund der bisherigen Ausführungen ist deutlich geworden, dass die Herausforderung bei der Gestaltung eines „gerechten" Gesundheitssystems nicht darin besteht oder bestehen kann, eine völlig konfliktfreie Versorgungssituation herzustellen. Dies liegt jenseits des Möglichen, wie oben anhand einer fiktiven „Ein-Klassen-Medizin" dargestellt und was in der Diskussion gesellschaftlicher Ziele, die außerhalb der ökonomischen Perspektive liegen können, verdeutlicht worden ist. Vielmehr ist die Herausforderung darin zu sehen, solche Regelungen zur Lösung potentieller Konflikte zu finden, die (auch) vor dem Hintergrund der ökonomischen Knappheitssituation die Gestaltung eines Gesundheitssystems ermöglichen, das den zugrunde gelegten gesellschaftlichen, ethischen oder sonstigen Anforderungen insgesamt entspricht. Wird ein gesellschaftlicher Konsens über wesentliche Anforderungen, wie sie insbesondere in § 1 SGB V[34] formuliert sind, erzielt, dann ist ein Gesundheitssystem gerecht, wenn es diesen Anforderungen entspricht.

Die Auflösung des Konflikts zwischen Gerechtigkeit und Effizienz sowie die Festsetzung von allgemeinen Verfahrens- und Entscheidungsregeln erfordert damit auch eine Abstraktion weg von einer akuten Konfliktsituation, wie beispielsweise unterschiedlichen Wartezeiten, Plätze auf der Organspende-Liste usw. hin zu einer Betrachtung der Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems insgesamt. Das bedeutet, dass etwa die nicht vermeidbare Ungleichbehandlung bei der Zuteilung von Spenderorganen auf potentielle Empfänger dann als gerecht anzusehen ist, wenn diese nach einer Regel erfolgt, die insgesamt die Wahrscheinlichkeit einer Versorgung mit einem Spenderorgan im Bedarfsfall maximiert.[35]

Dieses Vorgehen der Regelfindung und Entscheidung entsprechend eines Regelsystems wird als „verfahrensorientierter Ansatz" bezeichnet. Ein „ergebnisori-

[33] Und schon gar nicht wird dadurch das Problem der Knappheit gelöst.

[34] Vgl. hierzu auch Tabelle 1.

[35] Eine Entscheidung wird also dann als gerecht akzeptiert, wenn sie entsprechend der vorab vereinbarten Regeln zustande gekommen ist. So ist beispielsweise eine Entscheidung zur Vergabe eines Spenderorgans als gerecht anzusehen, wenn dabei vorher aufgestellte Kriterien eingehalten wurden.

entierter Ansatz" würde im Gegensatz dazu Ergebnisse einer Situation beurteilen, ohne dabei das Verfahren, das zu dieser Situation geführt hat, zu berücksichtigen. Ein verfahrensorientierter Ansatz berücksichtigt auch die Ergebnisse der angewandten Regeln. Aber anders als bei einem ergebnisorientierten Ansatz werden nicht ausschließlich konkrete Einzelfälle betrachtet, sondern die Eignung der Regel, in der Mehrzahl der Fälle günstige Wirkungen zu haben.[36] Der Rückgriff auf allgemein akzeptierte Regeln dient auch zur Entlastung bei der Entscheidungsfindung, denn im Regelfall reicht das zur Verfügung stehende Wissen nicht aus, um alle denkbaren Folgen einer Handlung rational vorherzusehen. Regelbindung erlaubt demgegenüber einen Rückgriff auf bewährte Verfahrensweisen.[37]

Unter Rückgriff auf den oben geschilderten Konsens muss Gerechtigkeit also in ökonomischer Betrachtung nicht zwangsläufig als etwas Exogenes, als gegebenes Postulat, das im Widerspruch zum Effizienzgedanken steht, angesehen werden. Stattdessen kann Gerechtigkeit auch als endogene Wertung der Individuen betrachtet werden. Aus ökonomischer Perspektive muss daher die Frage beantwortet werden, unter welchen Umständen eigennutzorientierte Individuen der Anwendung eines Regelsystems zustimmen, das im Einzelfall auch dazu führen kann, dass diese Anwendung ihnen später zum Nachteil gereichen kann.

Die Einigung auf ein Regelsystem kann für eigennutzorientierte Individuen vorteilhaft sein, wenn sie auf eine Meta-Ebene stattfindet. Hierbei befinden sich die Individuen in einem Zustand, in dem sie nicht wissen, ob sie konkrete Vorteile aus dem Regelsystem ziehen, und falls ja, welche, weil sie nicht wissen, in welchen Situationen sie sich zukünftig befinden werden. Diese Situation ist als sogenannter „Schleier des Nichtwissens" bekannt.[38] Ein Regelsystem kann dann als gerecht betrachtet werden, wenn Individuen ihm unter dem Schleier des Nichtwissens zustimmen würden. Beispielsweise können demnach Regeln zur Vergabe von Spenderorganen als gerecht angesehen werden, wenn Individuen dem Vergabesystem zustimmen, ohne zu wissen, ob sie später entsprechend der dann gültigen Kriterien gegebenenfalls Spendenempfänger werden. Damit ist die Zustimmung zu einem Regelsystem möglich, das dafür sorgt, dass die größtmögliche Anzahl an funktionsfähigen Organen zu Empfängern gelangt, die ein neues Organ am dringendsten brauchen.

Ein Gesundheitssystem, das eine medizinische Versorgung unabhängig von den dem Patienten im Augenblick zur Verfügung stehenden ökonomischen Mitteln ermöglicht, ist unter dem Schleier des Nichtwissens für Individuen zustimmungsfähig, wenn sie sich gegen das Risiko der Erkrankung im Falle einer ungünstigen ökonomischen Situation absichern wollen. Da die Verfügung über ökonomische Mittel von vielen, auch zufälligen, Faktoren abhängt, von denen sich ein Teil

[36] Vgl. von Hayek, F. (2003), Recht, Gesetz und Freiheit, Tübingen, S. 166.
[37] Vgl. von Hayek, F. (2003), a. a. O., S. 158.
[38] Vgl. Buchanan, J. M., Tullock, G. (1962 [1999]), The Calculus of Consent, Indianapolis, S. 78 f., 92 f. u. 95 f.

der Beeinflussung durch den Einzelnen entzieht, ist ein solches Motiv rational nachvollziehbar.[39]

Eine Möglichkeit zu verhindern, dass Unterschiede in der Zahlungsfähigkeit zu Unterschieden im Zugang zu Gesundheitsleistungen führen, liegt im „spezifischen Egalitarismus“.[40] Hierbei wird der Zugang zu Gesundheitsleistungen von der Zahlungsfähigkeit getrennt. Ein Gesundheitssystem, das unabhängig von der ökonomischen Situation Zugang zu medizinscher Versorgung gewährleistet, ist durch ein reines Versicherungssystem auf freiwilliger Basis nicht durchführbar oder aber zumindest nicht effizient. Ein Versicherungssystem auf freiwilliger Basis müsste verlangen, dass ein nichtversicherter (risikofreudiger) Patient tatsächlich nicht medizinisch versorgt wird. Diese Härte kann eine Gesellschaft – zumindest hierzulande – nicht glaubhaft androhen. Die Alternative aber, nichtversicherte Patienten im Notfall doch medizinisch zu behandeln, führt zu einer Form der Notfallmedizin, die die Kosten der Gesundheitsversorgung unnötig in die Höhe treibt, da die medizinische Behandlung im Regelfall unnötig spät einsetzt. Aus diesen Überlegungen heraus ist ein System, das einen gewissen Zwang zur Mitfinanzierung des Gesundheitssystems beinhaltet, als gerechtes System auf der Basis eines gesellschaftlichen Konsenses vorstellbar und in Deutschland umgesetzt.

Allerdings führt der spezifische Egalitarismus zu neuen Problemen für das Gesundheitssystem.[41] Wie andere Leistungen auch sind Gesundheitsleistungen nicht als fixe Menge exogen vorgegeben. Vielmehr ergeben sie sich – mehr oder weniger stringent – marktlich aus dem Zusammenwirken von Angebot und Nachfrage. Ein Anstieg der Nachfrage zahlungsfähiger Individuen nach zusätzlichen Gesundheitsleistungen kann also auch zu einer erhöhten Menge dieser Leistungen führen.

Die vollständige Trennung von Zahlungsfähigkeit und Zugang zu Gesundheitsleistungen impliziert im Übrigen auch den Verzicht auf Zuzahlungen, welche ein wichtiges Steuerungsinstrument darstellen oder darstellen könnten. Die finanzielle Beteiligung von Patienten erhöht nämlich die Effizienz des Systems, indem die übermäßige Inanspruchnahme von Leistungen, die durch die Versicherung finanziert werden, sowie opportunistisches Verhalten vermieden wird.[42] Die Trennung von Zahlungsfähigkeit und Zugang zu Gesundheitsleistungen bedeutet zusätzlich, dass sogar bei höherer Zahlungswilligkeit und -fähigkeit der Zugang zu zusätzlichen Gesundheitsleistungen (geringere Wartezeit, Leistungen mit höherer Qualität usw.) ausgeschlossen ist. Daher ist mit einer Entwicklung eines zusätzlichen marktlichen Angebots von Gesundheitsleistungen neben dem Versicherungssystem zu rechnen.

[39] Vgl. Blankart, C. B. (2006), Öffentliche Finanzen in der Demokratie, München, S. 96.

[40] Vgl. Tobin, J. (1970), On Limiting the Domain of Inequality, in: Journal of Law and Economics, Vol. 13, S. 263-277.

[41] Vgl. dazu Breyer, F., Zweifel, P., Kifmann, M. (2003), Gesundheitsökonomie, Berlin u. a. O., S. 182 f.

[42] Dieses Phänomen wird auch als „moral hazard“ bezeichnet.

Zuletzt wird die Möglichkeit der Selbstbestimmung der Patienten durch den spezifischen Egalitarismus stark eingeengt. In einem solchen System entscheiden weder der Patient noch ein in seinen Entscheidungen freier Arzt über die medizinische Behandlung. Wesentliche Entscheidungen erfolgen stattdessen anhand von Kriterien, die einem bürokratischen Prozess entstammen.

Die Trennung von Zahlungsfähigkeit und Zugang zu Gesundheitsleistungen sowie die Gleichbehandlung aller Patienten nach Prinzip des spezifischen Egalitarismus führen also zu Effizienzverlusten. Breyer/Zweifel/Kifmann (2003) schlagen stattdessen den Ausgleich von ungerechtfertigten Unterschieden in der Zahlungsfähigkeit durch Transfers und den Zugang zur medizinischen Grundversorgung für jeden Bürger vor. Der spezifische Egalitarismus führt also zu einem zuvor beschriebenen „second-best-scenario“ mit geringerer Wohlfahrt.

Ungleichbehandlung ist, wie dargelegt, in wohl allen Gesundheitssystemen unvermeidbar, nicht zuletzt deshalb, weil es eine Nachfrage nach Besserbehandlung gibt. Allerdings darf dies nicht nur als Quelle für Konflikte zwischen beteiligten Individuen (Patienten untereinander, Patienten und Ärzte, Ärzte untereinander usw.) oder als Konflikt verschiedener Wertungsebenen (Effizienz vs. Gerechtigkeit) gedeutet werden. Ungleichbehandlung kann generell eine Lösung sein, um in Anbetracht des Knappheitsproblems eine gerechte Behandlung der Individuen, insbesondere der Patienten, überhaupt zu ermöglichen. Eine gezielte Ungleichbehandlung von Patienten kann z. B. die Versorgung mit Organen für Patienten verbessern, indem der Erhalt einer Leistung an eine Bedingung geknüpft wird. Das Grundproblem der Organspende besteht in der Zuteilung knapper Mittel (Organe) bei konkurrierenden Verwendungsmöglichkeiten (Patienten, die Organe benötigen). Der theoretisch denkbare (und in Schwarzmarktbeziehungen auch durchgeführte) Koordinierungsansatz über Marktbeziehungen ist aus ethischen Erwägungen heraus nicht gewollt. In Deutschland beruht das System der Organspende auf dem Altruismus der Spender. Eine Reziprozität nach dem Prinzip „Leistung und Gegenleistung“ gibt es in diesem System nicht. Eine Folge davon ist die notorische Knappheit von Spenderorganen und eine Unterversorgung der betroffenen Patienten.

Durch eine Veränderung der institutionellen Ausgestaltung des Organspendesystems lässt sich die Versorgung der Patienten verbessern[43]. Der Ansatz besteht darin, ein Element der Reziprozität einzuführen. So führt eine Prioritätsregel, bei der Organe vorrangig an diejenigen Individuen, die selbst als Spender registriert sind, vergeben werden, zu einer höheren Spendenbereitschaft, wie auch experimentell bestätigt wurde.

Neben dem Problem der absoluten Anzahl von Organen besteht bei Organspenden das Problem, für Organempfänger passende Spender zu finden. Dies gilt insbesondere bei Lebendspenden, bei denen Personen aus dem persönlichen Um-

[43] Vgl. Kessler, J. B., Roth, A. E. (2012), Organ Allocation Policy and the Decision to Donate, in: American Economic Review, Vol. 102, No. 5, S. 2018-2047.

feld eines Patienten, der ein Organ benötigt, zu einer Spende bereit sind, das Organ des Spenders aber nicht zum Empfänger passt. Lebendspenden für Fremde sind vergleichsweise selten, da sowohl ein Anreiz fehlt, sich als potentiellen Spender für einen unbekannten Patienten identifizieren zu lassen, als auch das Risiko der Organspende besteht. Durch die Einrichtung von Tauschbeziehungen lässt sich die Wahrscheinlichkeit, einen für den Empfänger passenden Spender zu finden, erhöhen[44]. Der potentielle Spender aus dem Umfeld eines Patienten spendet dann nicht mehr für den Patienten selbst, sondern für einen ihm unbekannten Dritten, aus dessen Umfeld dann im Austausch das passende Spenderorgan für den ersten Patienten kommt. Diese Tauschbeziehungen lassen sich, falls erforderlich, auch über mehrere Stufen hinweg gestalten[45]. Auch hier wird also durch die Idee der Reziprozität die Anzahl der kompatiblen Spender-Empfänger-Paare erhöht und die Patientenversorgung verbessert, ohne dass es zu aus ethischen Gründen ungewollten Marktbeziehungen kommt.

Als extremes, aber anschauliches Beispiel für eine effizienzsteigernde Ungleichbehandlung lässt sich das „Triage-System“ in der historischen Militärmedizin heranziehen.[46] Im Rahmen der Triage werden Verletzte auf dem Schlachtfeld nach erster Sichtung in verschiedene Kategorien eingeteilt:

- Kategorie 1: „Schwerstverletzt, Überlebenswahrscheinlichkeit auch mit sofortiger medizinischer Versorgung sehr gering“
- Kategorie 2: „Mittelschwerverletzt, bedarf sofortiger medizinischer Versorgung um zu überleben“
- Kategorie 3: „Leicht verletzt und bedarf keiner sofortigen medizinischer Versorgung um zu überleben“

Die intensive sofortige Behandlung wird nach der Zuteilung zu einer Kategorisierung auf diejenigen beschränkt, bei denen ein Behandlungserfolg tatsächlich wahrscheinlich ist. Dieses auf den ersten Blick „herzlose“ System führt unter den extremen Umständen der Militärmedizin insgesamt zu einer höheren Überlebenswahrscheinlichkeit der Patienten und damit zu einem effizienten Einsatz der extrem knappen Mittel in der jeweiligen Situation. Unter den Beteiligten ist es vor Eintritt in die Schlacht konsensfähig, da die abstrakte Überlebenswahrscheinlichkeit aus der Perspektive der Patienten maximiert wird. Gerechtigkeit heißt nicht, dass es keine Konflikte zwischen Individuen gibt – in den Extremsituationen, in denen die Triage angewandt wird, ist der Konflikt offensichtlich. Gerechtigkeit beschreibt insofern den Umgang mit Konfliktsituationen unter Rückgriff auf akzeptierte Normen.

[44] Vgl. Roth, A. E., Sonmez, T. O., Ünver, M. U. (2007), Efficient Kidney Exchange: Coincidence of Wants in Markets with Compatibility-Based Preferences, in: American Economic Review, Vol. 97, No. 3, S. 828-851.

[45] Allerdings können die rechtlichen Rahmenbedingungen der vertraglichen Vereinbarung solcher Tauschgeschäfte enge Grenzen setzen.

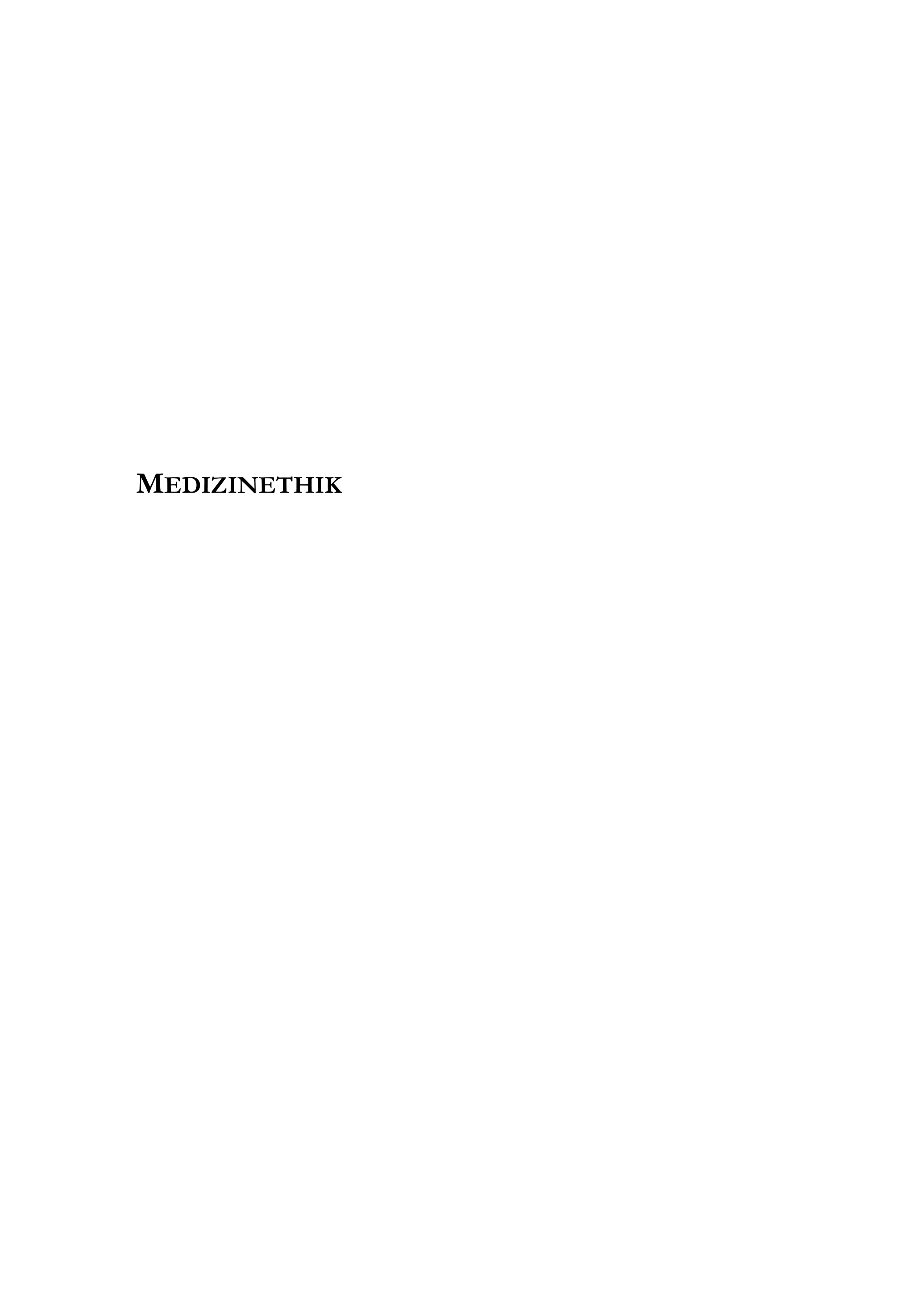
[46] Vgl. Frey, B., Kirchgässner, G. (1994), Demokratische Wirtschaftspolitik, München, S. 29.

Dieses Extrembeispiel hat mit dem Regelfall der Gesundheitsversorgung in Deutschland glücklicherweise nicht viel zu tun. Anders als in der beschriebenen Situation auf dem Schlachtfeld besteht die Möglichkeit, das Niveau der Gesundheitsversorgung in vielen Fällen so anzupassen, dass Patienten und das medizinische Personal vor derart harten Entscheidungen bewahrt werden können. Allerdings wird z. B. das System der Organspende in Deutschland letztlich durch ähnliche Überlegungen wie das Triage-Systems geleitet, indem in einer Extremsituation anhand von Prioritäten entschieden wird. Der sparsame Umgang mit knappen Mitteln, wie er das Triage-System als Extrem kennzeichnet, ist auch jenseits von Extremsituationen für eine öffentlich finanzierte Gesundheitsversorgung bedeutsam. Würde jedem Patienten eine beliebig teure Behandlung auf Kosten der Öffentlichkeit unabhängig von der Steigerung der Erfolgsaussicht durch den Mehreinsatz der Mittel gewährt, wäre die Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems insgesamt schnell in Frage gestellt. Insofern kann die Nichtfinanzierung einer Behandlungsmethode durch Öffentlichkeit durchaus gerecht sein, auch wenn der betroffene Patient dies möglicherweise anders sieht.

IV. Schlussbemerkungen

Die Ausführungen haben gezeigt, dass die Frage nach einer gerechten Versorgung viele Bereiche der Ökonomie berührt. Dies gilt sowohl für Aspekte der positiven als auch der normativen Ökonomik. Wichtig zu erkennen ist nun, dass das Problem der Knappheit immer im Gesundheitswesen nachzuvollziehen ist und sich nicht auflösen lässt. Ein von der Ökonomie stets geforderter effizienter Umgang mit knappen Ressourcen führt hierbei zur größtmöglichen Wohlfahrt. Streng ökonomisch genommen wäre also optimal, diesem Effizienzansatz zu folgen und insofern die Definition von Gerechtigkeit über die Effizienz vorzunehmen.

Die Ökonomie erkennt aber natürlich an, dass es neben der ökonomischen Perspektive auch weitere gesellschaftliche Vorstellungen über Gerechtigkeit gibt. Da diese Vorstellungen jedoch allesamt „second-best"-Lösungen entsprechen, ist ein zentraler Vorschlag der Ökonomie, grundsätzliche Regeln für die Bereitstellung von Ressourcen festzulegen, um die Effizienzverluste so gering wie möglich zu halten.



MEDIZINETHIK

Verantwortungsvoller Umgang mit Mittelbegrenzungen in der Medizin[1]

Prof. Dr. med. Dr. phil. Daniel Strech

I. Mittelbegrenzung in der Medizin

Die deutsche Gesundheitspolitik hat in den letzten drei Jahrzehnten mit verschiedenen Maßnahmen versucht, den Ausgabenanstieg im Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) zu begrenzen. Eine dauerhafte Begrenzung der Gesundheitsausgaben konnte aber nicht erreicht werden. Gesundheitsökonomen und Versorgungsforscher gehen davon aus, dass sich die Mittelknappheit im Bereich der GKV durch medizinische Innovationen und vor allem durch den demografischen Wandel in Zukunft weiter verschärfen wird [1-3].

Mit dem Gesetz zur Reform der GKV im Jahre 2000 beschloss der Bundestag die flächendeckende, Einführung eines pauschalierten Vergütungssystems, Diagnosis Related Groups (DRGs), ab dem Jahr 2003. Die damit verbundene Reduzierung der verfügbaren Mittel soll die Leistungserbringer im Krankenhaus zur Wirtschaftlichkeit bzw. zur rationalen Verwendung medizinischer Maßnahmen anhalten und somit teilweise den weiteren Anstieg der Gesundheitsausgaben bremsen. Diese implizite Ausgabenbegrenzung übt einen Kostendruck auf die Mikroebene

---

[1] Dieser Beitrag beruht in den Abschnitten „Mittelbegrenzung in der Medizin" und „Empirie der ärztlichen Rationierung" zu weiten Teilen auf Vorarbeiten in Strech, D. (2011) Priorisierung und Rationierung am Krankenbett: Eine Diskussion empirischer Studien. Onkologie. 2011;34 Suppl 1:16-19 und Strech, D. (im Druck) Rationierung im klinischen Betrieb. Wahrnehmung von Klinikärzten und Praxisempfehlungen, in: von Eiff, W. (Hrsg.) Ethik und Ökonomie in der Medizin – Das Dilemma der Industrialisierung des Medizinbetriebs, medhochzwei Verlag, Heidelberg.

im Sinne individueller Ärztinnen und Ärzte aus. Die DRGs selber geben jedoch keine weiteren Vorgaben, wie die knappen finanziellen Ressourcen unter den Patientinnen und Patienten bzw. Indikationsbereichen verteilt werden sollen [4].

Die Verteilungssteuerung setzt bei einer DRG-basierten Vergütung auf der Ebene von Behandlungsfällen an. Dabei sind die verfügbaren Ressourcen pro Fall nicht in einer *harten* Weise budgetiert, da die DRG-Entgelte zwar über einzelne Patienten abgerechnet werden, aber nicht fest an diese gebunden sind. Die Krankenhäuser können vielmehr einen internen Mittelausgleich zwischen Patienten mit einem hohen Ressourcenverbrauch und Patienten mit einem niedrigeren Ressourcenverbrauch vornehmen. Da die Gesamtmittel, die einem Krankenhaus zur Verfügung stehen, jedoch durch die abgerechneten DRGs definitiv begrenzt sind, entsteht ein Anreiz, den Ressourcenverbrauch pro Patient zu minimieren. Überdies ist es für das Krankenhaus finanziell attraktiv, vor allem Patienten in lukrativen Fallgruppen zu behandeln, bei denen die tatsächlichen Versorgungskosten unterhalb der diagnose-bezogenen Vergütung liegen. Die Ärzte können unterschiedlich auf den Kostendruck reagieren. Aus ethischer, medizinischer und ökonomischer Perspektive gewünscht wäre die sogenannte *Rationalisierung*, d. h. die Erhöhung der Versorgungseffizienz und die Verminderung von Fehl- und Überversorgung. Hierbei müssten es die Ärzte schaffen, Patienten mit einer bestimmten Erkrankung mit geringerem diagnostischen, präventiven und therapeutischen Aufwand bei gleich bleibender Versorgungsqualität zu behandeln. Nicht nur für Deutschland sondern international wird darauf hingewiesen, dass in allen Gesundheitssystemen die begrenzt zur Verfügung stehenden finanziellen Mittel zu bedeutsamen Maße „verschwendet" werden [5-7]. Dies kann durch Fehl- und Überversorgung passieren oder durch die Missachtung des Wirtschaftlichkeitsgebot (§ 12, SGB V). Bei einer *Fehl- und Überversorgung* werden medizinische Maßnahmen angewendet, die keinen Mehrwert für den Patienten erwarten lassen. Eine Anwendung von Maßnahmen ist dann *nicht wirtschaftlich*, wenn sie teurer sind als gleichwirksame aber preiswertere Maßnahmen. Ärztliche Rationalisierung schont demnach die begrenzten finanziellen Ressourcen im Gesundheitssektor und verbessert zugleich die Patientenversorgung, denn jede „sinnlose" Überversorgung birgt auch die stets mit medizinischen Maßnahmen verbundenen Risiken und Nebenwirkungen.

Weniger erwünscht und ethisch eher problematisch ist es hingegen, wenn Ärzte durch ein Absenken des Qualitätsniveaus oder durch das Vorenthalten nützlicher Maßnahmen, d. h. durch *Rationierungen*, auf den Kostendruck reagieren. Da bei einem Fallpauschalen-System nicht explizit vorgegeben ist, welche Maßnahmen im Einzelfall durchgeführt werden sollen, handelt es sich um eine *implizite* Form der Rationierung.

Neben der Rationalisierung und Rationierung stehen noch weitere, alternative Strategien zur Verfügung, um auf begrenzte Mittel in der Gesundheitsversorgung zu reagieren. So können durch die Entscheidungsträger auf Systemebene Preise für medizinische Maßnahmen (wie z.B. Arzneimittel) direkt reguliert bzw. verhandelt werden. Zum einen können Höchstbeträge für Arzneimittel festgesetzt werden.

Die durch das Arzneimittelneuordnungsgesetz (AMNOG) eingeführte „frühe Nutzenbewertung“ schafft für einen bestimmten Teil der Arzneimittel eine Basis für die Festsetzungen von Höchstbeträgen. Auch das 2010 vom Gesundheitsministerium ausgearbeitete Arzneimittel-Sparpaket ist eine Maßnahme im Sinne der Preisregulierung, welche auf eine Kostensenkung zielt. Diese Maßnahme hat seit August 2010 den Herstellerrabatt an die gesetzlichen Krankenkassen von 6% auf 16% erhöht.

Neben der Reduktion der Ausgaben des Gesundheitswesens (durch Rationierung, Rationalisierung und Preisregulierung) besteht eine weitere Alternative darin, die im Gesundheitswesen verfügbaren finanziellen Mittel zu erhöhen. Diese auf den ersten Blick sehr plausibel erscheinende Maßnahme birgt jedoch auch potentielle Nachteile: Würden mehr Mittel in das Gesundheitssystem fließen, müssten im Gegenzug kompensierende Einschränkungen in anderen sozialstaatlichen Bereichen wie z.B. Bildung, Arbeitslosenunterstützung, Verteidigung, Verkehr oder Umweltschutz hingenommen werden (Stichwörter: „Reallokation“ oder „Disinvestment“). Die hier exemplarisch genannten sozialstaatlichen Bereiche haben mitunter eine hohe Relevanz für die Gesundheit der Bevölkerung [8]. Es ist davon auszugehen, dass vor allem vulnerable Gruppen wie Arbeitslose, Personen mit niedrigerem sozio-ökonomischen Status oder auch allein erziehende Eltern von der staatlichen Unterstützung in den Bereichen Wohnung, Bildung, Arbeit und Umwelt profitieren, insbesondere auch im Hinblick auf ihre Gesundheit. Für Evidenz-basierte Informationen zu den gesundheitsrelevanten Auswirkungen einer Reallokation von bestimmten sozialstaatlichen Bereichen in den Gesundheitssektor fehlt bislang noch eine besser geförderte und Evidenz-basierte Versorgungsforschung [9, 10].

Das Thema Rationierung wird zunehmend auch in der deutschen Ärzteschaft diskutiert. Die Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer (ZEKO) plädierte in einem Positionspapier vom September 2007 für eine explizite Priorisierung im Gesundheitswesen [11]. Im Mai 2008 wies die Bundesärztekammer in ihrem Ulmer Papier öffentlichkeitswirksam darauf hin, dass Rationierung gegenwärtig stattfinde und durch Rationalisierungen allein nicht zu verhindern sei [12]. Dies wurde in einem Positionspapier der Ärzteschaft in 2010 erneut bestätigt [13].

II. Empirie der ärztlichen Rationierung

Für den deutschsprachigen Raum wurden in den letzten Jahren verschiedene Umfragestudien mit Ärzten zum Thema „Umgang mit Mittelbegrenzungen“ durchgeführt. Im Folgenden werden einige Ergebnisse eigener Arbeiten kurz vorgestellt. Für eine ausführliche Darstellung verschiedener empirischer Studien siehe [14].

In einer eigenen 2007 abgeschlossenen qualitativen Studie im Rahmen des BMBF Forschungsverbundes „Allokation“ wurden 13 Tiefeninterviews mit Chef-

ärzten und leitenden Oberärzten aus der interventionellen Kardiologie und der Intensivmedizin durchgeführt [15-17].

Bei den Ergebnissen imponiert dabei, wie unterschiedlich die befragten Ärzte auf die Mittelknappheit reagieren. Ärzte orientieren sich offenbar nicht nur bei klinischen Entscheidungen, sondern auch bei der Allokation knapper Gesundheitsressourcen vor allem an den Besonderheiten des Einzelfalls, wobei hierzu patienten-, maßnahmen- und kontextbezogene Faktoren gehören. Auf der einen Seite ist dies auch aus ethischer Perspektive vorteilhaft, da die Allokationsentscheidungen die medizinische Bedürftigkeit des einzelnen Patienten und den individuell zu erwartenden Nutzen der verfügbaren diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen berücksichtigen. Auf der anderen Seite besteht aber die Gefahr, dass knappe medizinische Ressourcen nach inkonsistenten und möglicherweise ethisch schlecht begründeten Kriterien verteilt werden. Dies machen auch die Ergebnisse der vorliegenden Interviewstudie deutlich: So spielen offenbar auch nicht patientenbezogene Faktoren wie die finanzielle Gesamtsituation der Klinik, der Konkurrenzdruck oder die erschwerte Kooperation zwischen den Kliniken eine wesentliche Rolle bei knappheitsbedingten Zuteilungsentscheidungen. Auch ethisch eher begründbare Zuteilungskriterien wie der medizinische Nutzen oder die Kosteneffektivität werden von den befragten Ärzten sehr unterschiedlich interpretiert und führen damit möglicherweise zu inkonsistenten Allokationsentscheidungen. Gleichzeitig bestätigen die Untersuchungen aber auch, dass die Ärzte nicht leichtfertig mit den Allokationsentscheidungen umgehen, im Gegenteil: Die Mittelknappheit und die dadurch hervorgerufenen Verteilungsprobleme können zu Gewissenskonflikten, emotionalem Stress und Gefühlen der Überforderung führen. Dies ist nur allzu verständlich, da Ärzte in der Regel weder ethisch noch gesundheitsökonomisch ausreichend für die Verteilung knapper Ressourcen ausgebildet sind. Darüber hinaus transzendieren gerechte Zuteilungsentscheidungen das traditionelle ärztliche Ethos, das sich allein am Wohlergehen und Willen des einzelnen Patienten orientiert.

Eine eigene quantitative Studie verfolgte das übergreifende Ziel, die ärztliche Rationierung in Deutschland in zwei ausgewählten Praxisbereichen, der Kardiologie und der Intensivmedizin, genauer zu untersuchen [18, 19]. Von 152 angeschriebenen Kliniken nahmen 95 an der Studie teil. Insgesamt wurden 1137 Fragebögen verteilt. Hiervon wurden 507 Fragebögen beantwortet (Rücklaufrate: 45%).

Zur Vermeidung von Interpretationsschwierigkeiten durch unterschiedliche Verwendungen des Begriffs „Rationierung", fragten wir direkt nach dem zugrunde liegenden Sachverhalt: „Wie häufig haben Sie in den letzten 6 Monaten eine für den Patienten nützliche Maßnahme aus Kostengründen nicht durchgeführt bzw. durch eine preiswertere und zugleich weniger effektive Leistung ersetzt?"

Über drei Viertel der befragten Ärzte bestätigten, bereits heute rationieren zu müssen. Einen eher überraschenden Befund ergibt hingegen die erstmals in Deutschland durchgeführte differenzierte Analyse der Häufigkeit von Rationierung: Nur 13% der Studienteilnehmer gaben an, häufig, d.h. mehr als einmal pro

Woche, nützliche Maßnahmen aus Kostengründen vorenthalten zu müssen. Bei der Rationierung handelt es sich in deutschen Krankenhäusern zwar um ein weit verbreitetes, aber offenbar (noch) nicht sehr häufiges Phänomen. Wie oft Ärzte rationieren, hängt dabei auch vom Fachbereich ab: Kardiologen rationierten häufiger als Intensivmediziner, was darauf hinweisen könnte, dass Ärzte in lebensbedrohlichen Situationen besonders zurückhaltend mit Rationierungen sind.

Die Ärzte zeigten eine hohe Bereitschaft zur Rationalisierung: Die meisten würden auf eine kostengünstigere, vergleichbar effektive Maßnahme ausweichen, auch gegen die ausdrücklichen Wünsche des Patienten. Allerdings sieht die Mehrheit der befragten Ärzte keine Einsparmöglichkeiten mehr durch eigenes wirtschaftlicheres Handeln. Zu den Problemen von Fehl- und Überversorgung auch in Deutschland siehe die Abschnitte oben oder beispielhaft die Ergebnisse der Versorgungsforschung insbesondere für die Kardiologie [20, 21].

Knapp über die Hälfte der Studienteilnehmer vertrat die Auffassung, Ärzte sollten jeweils im Einzelfall Verantwortung für Rationierungen übernehmen und entscheiden, welcher Patient welche Leistungen erhält, wenn nicht mehr alle nützlichen Leistungen finanziert werden können. Dass gleichzeitig drei Viertel der Befragten einer oberhalb der individuellen Arzt-Patient-Beziehung geregelten Rationierung zustimmten, unterstreicht die ambivalente Einstellung gegenüber ärztlicher Rationierung, wie sie auch in der qualitativen Forschung dargestellt werden konnte. Verständlicherweise möchten sich die befragten Ärzte einen möglichst großen Entscheidungsspielraum erhalten. Dies ist aber nur möglich, wenn sie selbst Verantwortung für die Zuteilung knapper Ressourcen übernehmen und Rationierungsentscheidungen „am Krankenbett" treffen. Dann müssten Ärzte aber eine Aufgabe übernehmen, für die sie keine spezifische Ausbildung besitzen und die sie in Konflikt mit ihrer traditionellen Rolle als Anwalt ihres Patienten bringen kann.

Die Ergebnisse dieser Studie zeigen, dass Ärzte es nicht grundsätzlich ablehnen, Rationierungsentscheidungen zu übernehmen. Allerdings äußern die befragten Ärzte auch klar das Bedürfnis nach einer Regelung „oberhalb" der individuellen Arzt-Patient-Beziehung. Dies zeigt den Bedarf an der Entwicklung von expliziten und transparenten Standards der Leistungsbegrenzung. Da es jedoch nicht möglich ist, die gesamte Versorgung mit entsprechenden Standards abzudecken, werden sich ärztliche Rationierungsentscheidungen auch in Zukunft nicht vermeiden lassen. Zur Unterstützung dieser verbleibenden ärztlichen Entscheidungen wäre eine Beratungsform sinnvoll, welche in Struktur und fachlicher Kompetenz auf die ethischen Probleme der Verteilung knapper Mittel ausgerichtet ist.

Als Zwischenfazit zum Status quo von ärztlicher Rationierung in der BRD können folgende Punkte festgehalten werden: 1) Es wird bereits gegenwärtig von Ärztinnen und Ärzten in Deutschland rationiert. 2) Die Rationierungsstrategien und -kriterien unterscheiden sich von Ärztin zu Arzt. Strukturelle Benachteiligung einzelner Patientengruppen sind möglich. 3) Die Ärzte sind ambivalent, denn sie wünschen sich auf der einen Seite eine Abnahme der Rationierungsentscheidun-

gen, stehen aber expliziten Vorgaben und Standardisierungen in der Verfügung über medizinische Leistungen kritisch gegenüber.

Eine Beschreibung der Herausforderungen und Ansprüche an gerechte Prozesse und vertretbare Priorisierungskriterien im Kontext von Rationierung ist in diesem Beitrag nicht vorgesehen. Siehe hierzu die verschiedenen weiteren Beiträge im Band wie auch u.a. die themenbezogenen Stellungnahmen der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer (ZEKO) und des Deutschen Ethikrats [11, 22]. Für eine Beschreibung der besonderen Herausforderungen bei der Beratung zu ärztlicher Rationierung durch klinische Ethikkomitees siehe u.a. [23].

III. Reduzierung von Fehl- und Überversorgung als Legitimation des Rationierungsdiskurses

Vor dem Hintergrund der Frage nach einem verantwortungsvollen Umgang mit begrenzten Mitteln im deutschen Gesundheitssystem möchte ich abschließend auf einen Punkt gesondert eingehen: Wie ist damit umzugehen, dass zumindest ein (bedeutsamer) Teil der Ressourcenbegrenzung und damit ein Teil ärztlicher Rationierung, dadurch entsteht, dass an anderer Stelle im System ein (bedeutsamer) Anteil von Ärzten Maßnahmen durchführt, die als „Ressourcenverschwendung" im Sinne von Fehl- und Überversorgung oder als Verstoß gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot klassifiziert werden können?

Insbesondere aus den Reihen der GKV wird auf das seit langer Zeit und weiterhin prävalente Phänomen von Über- und Fehlversorgung im deutschen System und seine Diskordanz zur Rationierungsdebatte hingewiesen [24]. Zugespitzt könnte man die Frage so formulieren: Ist es nicht unethisch, aufgrund begrenzter finanzieller Ressourcen in der GKV bestimmte nützliche medizinische Leistungen vorzuenthalten (zu rationieren), wenn doch zugleich an anderer Stelle im GKV System unnütze oder z.T. sogar schädliche Leistungen von ärztlicher Seite durchgeführt werden?. Wie kann ärztliche Rationierung grundsätzlich legitimiert werden, bei zugleich bestehender Über- und Fehlversorgung im GKV System?

Die deutsche Ärzteschaft hat bislang keine Stellungnahmen dazu veröffentlicht, wie Rationierung und Fehl-/Überversorgung (bzw. unzureichende Rationalisierung) in Einklang zu bringen sind. Im Gegensatz wies die Bundesärztekammer im Mai 2008 in ihrem oben bereits zitierten Ulmer Papier öffentlichkeitswirksam darauf hin, dass Rationierung gegenwärtig stattfinde und durch Rationalisierungen allein nicht zu verhindern sei [25]. Zwar ist es sehr wahrscheinlich richtig, dass durch Rationalisierung eine Rationierung nicht „allein" zu verhindern sei. Dies befreit aber nicht von einer Erklärung dazu, ob gegenwärtig ausreichend Bemühungen der Ärzteschaft unternommen werden, um Über- und Fehlversorgung und damit unnötige Ressourcenverschwendung (in Zeiten von bereits existierender Rationierung) „angemessen" zu reduzieren. Zugespitzt wäre zu fragen: Ist die Ärzteschaft mit ihren zurückliegenden und aktuellen Bemühungen zur Reduzierung

von Über- und Fehlversorgung zufrieden? Ergänzend wäre zu fragen: Sollten die Patienten und gesetzlich und privat Krankenversicherten mit diesen Bemühungen zufrieden sein?

An dieser Stelle soll bereits mit Nachdruck darauf aufmerksam gemacht werden, dass durch die Thematisierung von ärztlicher Fehl- und Überversorgung in Zeiten von ärztlicher Rationierung nicht ein Generalverdacht unlauteren Verhaltens für die gesamte Ärzteschaft entstehen soll. Zum einen betrifft ärztliche Fehl- und Überversorgung einige Bereiche bzw. individuelle Ärztinnen und Ärzte mehr und andere weniger, zum anderen kann es gut sein, dass Fehl- und Überversorgung häufig unbewusst und vor allem auch unbeabsichtigt geschieht. Weiterhin gibt es für einige Bereiche kontroverse Diskussionen darüber, ob die Durchführung einer bestimmten medizinischen Maßnahme nun als indizierte, patienten-orientierte Versorgung oder als Fehl-/Überversorgung klassifiziert werden soll. Dass es aber Fehl- und Überversorgung gibt und dass diese primär diskutiert werden muss, wenn im System bereits rationiert wird, darf nicht verschwiegen werden. Die Öffentlichkeit hat dies bereits mitbekommen, wie aktuelle Berichte und Titelthemen in Tages- und Wochenpresse deutlich machen.

Durch jüngere Publikationen der WHO und des US-amerikanischen Institute of Medicine (IOM) kursieren Daten, die besagen, dass ca. 30% der in internationalen Gesundheitswesen ausgegebenen finanziellen Mittel als Ressourcenverschwendung („waste") deklariert werden können [5, 26]. Auch wenn diese Zahlen in ihrem Umfang und in ihrer Übertragbarkeit auf das deutsche System kritisch diskutiert werden können, erscheint es doch sehr plausibel, dass in Deutschland durch mehr Bemühungen zur Rationalisierung ebenfalls einige (bedeutsame) Ressourcenanteile eingespart werden könnten [6].

Mit Bezug auf diese Problematik lautet eine Kernthese, die im Folgenden noch weiter erläutert wird: Ärztliche Rationierung erhält ihre Legitimation prinzipiell erst dann, wenn sich die Selbstverwaltung „angemessen" bemüht, die Ressourcenverschwendung (z.B. durch Fehl- und Überversorgung) in „angemessenem" Umfang zu reduzieren.

Diese These ist absichtlich allgemein gehalten. Zur Erläuterung müssen zunächst einige Vorannahmen geklärt werden. Zum einen geht diese These davon aus, dass Fehl- und Überversorgung nicht vollständig reduziert werden können. Weiterhin geht diese These davon aus, dass trotz aller bestehender Kontroversen über die Effektivität und Effizienz von medizinischen Maßnahmen, nachvollziehbare und breit von der Ärzteschaft zu konsentierende Entscheidungen darüber getroffen werden können, welche Verschwendung medizinischer Maßnahmen als Fehl- und Überversorgung bezeichnet werden kann.

Neben diesen beiden Vorannahmen weise ich darauf hin, dass die Selbstverwaltung stets nur versuchen kann, Fehl- und Überversorgung auf Seiten individueller Ärztinnen und Ärzte zu reduzieren. Der Hintergrund und die Vorannahmen zu dieser These wurden an anderer Stelle ausführlicher beschrieben [27]. Hier sei in gekürzter Form erläutert, wie die „Angemessenheit" der Bemühungen zu und des

Umfanges von reduzierter Ressourcenverschwendung überhaupt (vom Prinzip her) *bewertbar* gemacht werden können: Die Selbstverwaltung sollte sich explizite Ziele (benchmarks) zur Reduktion von Fehl- und Überversorgung für bestimmte Maßnahmen in konkreten Zeiträumen setzen. Ob der geplante Umfang der Reduktion von Fehl- und Überversorgung und ob die Bemühungen zur Reduktion angemessen waren bzw. sind, lässt sich dann zu einem gewissen Maße daran messen, inwieweit diese Benchmarks erreicht werden. Erst vor dem Hintergrund eines entsprechend expliziten und überprüfbaren Umgangs mit Fehl- und Überversorgung lässt sich sinnvoll darüber diskutieren, ob die Selbstverwaltung verantwortungsvoll mit Mittelbegrenzungen umgeht oder nicht.

Wie dies in der Praxis aussehen könnte, lässt sich an dem Projekt „Choosing Wisely" der ABIM Foundation (American Board of Internal Medicine Foundation) erläutern [28]. In diesem Projekt haben sich eine große (und zunehmend wachsende) Anzahl amerikanischer Fachgesellschaften jeweils auf fünf Maßnahmen in ihrem Fach geeinigt, in denen eine Reduzierung der Fehl- und Überversorgung möglich ist. Unterstützt durch Consumer Reports (in etwa entsprechend der deutschen Stiftung Warentest) und einer Reihe weiterer Konsumenten- und Patientenunterstützende öffentliche Gruppen werden die Ergebnisse dieser „Top 5 Lists" disseminiert und erläutert[2].

Ausgehend von dieser breit akzeptierten Auswahl bestimmter Maßnahmen wäre es nur noch ein weiterer Schritt zur Konsentierung expliziter Benchmarks, anhand derer sich die Ärzteschaft hinsichtlich der Ernsthaftigkeit ihrer Bemühungen messen (lassen) kann. Die alleinige Nennung der Top-5-List ohne weitere Evaluation von deren tatsächlicher Reduktion, wäre wahrscheinlich nicht als eine angemessene Bemühung zu bezeichnen. Gegenwärtig werden diese Benchmarks in den USA nicht diskutiert. Anders als in Deutschland handelt es sich in den USA aber auch nicht um ein maßgeblich solidarisch finanziertes Gesundheitssystem.

IV. Zusammenfassung

Wie ein verantwortungsvoller Umgang mit Mittelbegrenzungen in der Medizin aussehen kann, muss unterschiedlich beantwortet werden, je nachdem ob man auf die Mikroebene der individuellen Arzt-Patienten Beziehung blickt oder ob man die Selbstverwaltung aus der Systemperspektive in Augenschein nimmt. Die zunehmenden expliziten Diskussionen über die Notwendigkeit einer partiellen Rationierung medizinischer Maßnahmen sind gegenwärtig und zukünftig notwendig. Transparente und praxisorientierte Rahmengerüste zu einer gerechten Priorisie-

[2] In diesem Beitrag wird die Methodik der Choosing Wisely Initiative nicht weiter vorgestellt. Man könnte kritisch diskutieren, ob es angemessen ist, dass die Erstellung der Top-5 Listen mit wenig methodischen Vorgaben geschieht. Eine vergleichbare Initiative in Deutschland sollte das methodische Vorgehen im Vorfeld transparent und systematisch erarbeiten.

rung auf der Mikro- und Makroebene des Gesundheitssystems müssen entwickelt, pilotgetestet, evaluiert und konsentiert werden.

Ebenfalls wäre es sehr wünschenswert, wenn zwischen den beiden Schritten *Priorisierung* und *Rationierung* deutlicher unterschieden wird. Auch die Teilnehmenden der 2011 in Lübeck durchgeführten Bürgerkonferenz beurteilten diese Unterscheidung als sehr wichtig und notwendig [29]. Der Begriff Priorisierung im Gesundheitswesen bezeichnet ein Verfahren, mit dem die Vorrangigkeit bestimmter Erkrankungen, Patientengruppen oder medizinischer Maßnahmen vor anderen festgestellt wird - ein gedanklicher Prozess, der eine Ordnung und Gewichtung beinhaltet. Priorisierung führt zu einer Rangreihe, in der oben steht, was besonders wichtig ist und unten, was weniger wichtig ist oder für verzichtbar gehalten wird. Dieses Verständnis von Priorisierung ist unabhängig von de facto verfügbaren Ressourcen und sollte daher auch nicht mit Rationierung verwechselt oder gleichgestellt werden [29].

Bei all diesen notwendigen Bemühungen um eine rationale Priorisierung und um eine gerechte Rationierung, sollte das Primat einer angemessenen Reduzierung von Fehl- und Überversorgung berücksichtigt werden. Eine rationale Priorisierungsdiskussion könnte die Diskussion um Fehl- und Überversorgung unterstützen, wenn sie „verzichtbare" medizinische Leistungen explizit und nachdrücklich nach außen kommuniziert. Gegenwärtig jedoch behandeln die vielen deutschen Kongresse, Kommissionen und Positionspapiere der Selbstverwaltung zum Thema Priorisierung und Rationierung diese Komponenten noch nicht bzw. nur sehr implizit und rudimentär. Die Bundesärztekammer hat für 2013 ein neues Expertengremium „Priorisierung im Gesundheitswesen" angekündigt. Dies wäre ein idealer Ort, um das Thema „Reduzierung von Fehl- und Überversorgung im Gesundheitswesen" voranzutreiben. Auch ein ähnliches Projekt wie die „Choosing Wisely" Initiative in den USA könnte ein gutes Mittel sein, um diesem Thema in Deutschland mehr Aufmerksamkeit zu schenken.

Literatur

1. Beske F: Bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung bei begrenzten Mitteln. Situationsanalyse, internationaler Vergleich, Handlungsoptionen. Kiel; 2010.
2. Pfaff H, Abholz H, Glaeske G, Icks A, Klinkhammer-Schalke M, Nellessen-Martens G, Neugebauer EA, Ohmann C, Schrappe M, Selbmann HK *et al*: Versorgungsforschung: unverzichtbar bei Allokationsentscheidungen - eine Stellungnahme. *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 2011, 136(48):2496-2500.
3. Raspe H, Pfaff H, Härter M, Hart D, Koch-Gromus U, Schwartz F, Siegrist J, Wittchen H: Versorgungsforschung in Deutschland: Stand – Perspektiven – Förderung. Stellungnahme. In. Weinheim: Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG),; 2010.
4. Marckmann G: Zwischen Skylla und Charybdis: Reformoptionen im Gesundheitswesen aus ethischer Perspektive. *Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement* 2007, 12:96-100.
5. WHO: The world health report - Health systems financing: the path to universal coverage. In. Edited by (WHO) WHO. Geneva: World Health Organization (WHO); 2010.
6. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Band III: Über-, Unter- und Fehlversorgung. Baden-Baden: Nomos; 2002.
7. Korenstein D, Falk R, Howell EA, Bishop T, Keyhani S: Overuse of health care services in the United States: an understudied problem. *Archives of Internal Medicine* 2012, 172(2):171-178.
8. Siegrist J, Marmot M (eds.): Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Erklärungsansätze und gesundheitspolitische Folgerungen. Bern: Huber; 2008.
9. Waters E: Evidence for public health decision-making: towards reliable synthesis. *Bull World Health Organ* 2009, 87(3):164.
10. Gerhardus A, Breckenkamp J, Razum O, Schmacke N, Wenzel H (eds.): Evidence-based Public Health Bern: Huber; 2010.
11. ZEKO: Priorisierung medizinischer Leistungen im System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Zentrale Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission) bei der Bundesärztekammer. *Deutsches Ärzteblatt* 2007, 104(40):A2750-2754.
12. Resolution of the 111. annual meeting of the German Medical Assembly (BÄK): „Ulmer Papier. Gesundheitspolitische Leitsätze der Ärzteschaft“ [http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/UlmerPapierDAET111.pdf]

13. Fuchs C: Demografischer Wandel und Notwendigkeit der Priorisierung im Gesundheitswesen: Positionsbestimmung der Arzteschaft. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 2010, 53(5):435-440.

14. Strech D: Priorisierung und Rationierung am Krankenbett: Eine Diskussion empirischer Studien. *Onkologie* 2011, 34 Suppl 1:16-19.

15. Strech D, Börchers K, Freyer D, Neumann A, Wasem J, Marckmann G: Ärztliches Handeln bei Mittelknappheit. Ergebnisse einer qualitativen Interviewstudie. *Ethik in der Medizin* 2008, 20(2):94-109.

16. Strech D, Freyer D, Börchers K, Neumann A, Wasem J, Krukemeyer MG, Marckmann G: Herausforderungen expliziter Leistungsbegrenzungen durch kostensensible Leitlinien. Ergebnisse einer qualitativen Interviewstudie mit leitenden Klinikärzten. *Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement* 2009, 14:38-43.

17. Huster S, Strech D, Marckmann G, Freyer D, Börchers K, Neumann A, Wasem J, Heldt C: Implizite Rationierung als Rechtsproblem. Ergebnisse einer qualitativen Interviewstudie zur Situation in deutschen Krankenhäusern *Medizinrecht* 2007, 25(12):703-706.

18. Strech D, Danis M, Lob M, Marckmann G: Ausmaß und Auswirkungen von Rationierung in deutschen Krankenhausern. Ärztliche Einschätzungen aus einer reprasentativen Umfrage. *Dtsch Med Wochenschr* 2009, 134(24):1261-1266.

19. Strech D, Marckmann G: Wird in deutschen Kliniken rationiert oder nicht? Wie genau wir es wissen und warum es nicht die wichtigste Frage sein sollte. *Dtsch Med Wochenschr* 2010, 135(30):1498-1502.

20. Dissmann W, de Ridder M: The soft science of German cardiology. *Lancet* 2002, 359(9322):2027-2029.

21. Fischer MA, Avorn J: Economic implications of evidence-based prescribing for hypertension: can better care cost less? *JAMA* 2004, 291(15):1850-1856.

22. Deutscher Ethikrat: Nutzen und Kosten m Gesundheitswesen - Zur normativen Funktion ihrer Bewertung. In. Berlin; 2011.

23. Strech D, Hurst S, Danis M: The role of ethics committees and ethics consultation in allocation decisions: a 4-stage process. *Med Care* 2010, 48(9):821-826.

24. Storz P, Egger B: Die Debatte über Priorisierung und Rationierung in der Gesetzlichen Krankenversicherung: überfällig oder überflüssig? *Gesundheits- und Sozialpolitik* 2010(1):11-18.

25. BÄK: Ulmer Papier. Gesundheitspolitische Leitsätze der Ärzteschaft. Beschluss des 111. Deutscher Ärztetag 2008. Bundes. Bundesärztekammer (BÄK). In. Berlin; 2008.
26. IOM: Best Care at Lower Cost: The Path to Continuously Learning Health Care in America. Washington D.C.: National Academies Press, Institute of Medicine (IOM); 2012.
27. Strech D, Danis M: How can bedside rationing be justified despite coexisting inefficiency? The need for 'benchmarks of efficiency'. *Journal of Medical Ethics* 2012.
28. www.abimfoundation.org/Initiatives/Choosing-Wisely.aspx
29. Stumpf S, Raspe H: Lübecker Bürgerkonferenz: Über Priorisierung sprechen – insbesondere mit den Betroffenen. *Deutsches Ärzteblatt* 2011, 108(7):A316-318.

Alter als Kriterium für Therapiebegrenzung in der Intensivmedizin?[1]

Priv.-Doz. Dr. phil. Alfred Simon

I. Einleitung

Sinkende Geburtenzahlen und steigende Lebenserwartung führen dazu, dass sowohl die absolute Zahl, als auch der relative Anteil älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung wächst. Dies hat zur Folge, dass auch die Zahl älterer Patienten in den Krankenhäusern zunimmt. Auf den Intensivstationen bilden die 70- bis 80-Jährigen die größte Altersgruppe. Aber auch der Anteil an darüber hinaus hochbetagten Patienten ist nicht gering. So beträgt der Anteil der über 80-jährigen Intensivpatienten 11 % und jener der über 90-jährigen 1,5 %.[2,3,4]

Mit der Zahl der betagten und hochbetagten Patienten in der Intensivmedizin steigt auch die Zahl an chronisch kranken, multimorbiden und demenziell erkrankten Patienten. Welcher dieser Patienten kann von einer intensivmedizinischen Behandlung profitieren, und für wen stellt sie nur eine Verlängerung des Leidens dar? Keine leichte Frage, der sich die Intensivmedizin tagtäglich stellen muss. Zum

---

[1] Der vorliegende Beitrag ist eine aktualisierte Bearbeitung des Artikels „Alte Patienten in der Intensivmedizin: Ethische Aspekte" (Intensivmed 48:498–502).

[2] Heppner HJ (2007) Intensivmedizin im Alter. In: Heiß W (Hrsg) Altersmedizin aktuell, Kapitel 5.6.3. Ecomed Verlag, Landsberg/Lech, S 1–15.

[3] Heppner HJ, Christ M, Sieber CC (2011) Intensivmedizin im Alter – ein Widerspruch? Intensiv 19:4–8.

[4] Valentin A (2007) Intensivmedizin im höchsten Lebensalter – Errungenschaft oder Fehlentwicklung? Wien Klin Wochenschr 119:3–5.

einen sind ältere Patienten auf schnelle und effektive medizinische Hilfe angewiesen, da bei nicht altersgerechter Behandlung ein rapider Verfall und schwere Sekundärkomplikationen sowie damit verbunden ein (weiterer) Verlust der Autonomie mit Verschlechterung des Selbsthilfestatus drohen. Zum anderen ist kritisch zu prüfen, ob angesichts des Gesamtzustandes eines älteren, multimorbiden Patienten eine intensivmedizinische Behandlung überhaupt indiziert und vom Patienten gewünscht ist. Hinzu kommen die ökonomischen Rahmenbedingungen: Angesichts der zunehmenden Finanzierungsproblematik in der Gesetzlichen Krankenversicherung ist zu fragen, ob kostenintensive intensivmedizinische Maßnahmen bei älteren Patienten mit begrenzter Prognose gegenüber der Solidargemeinschaft zu rechtfertigen sind. Einzelne Ökonomen gehen sogar einen Schritt weiter und fordern eine altersabhängige Leistungsbeschränkung unabhängig von der individuellen Prognose des Patienten (Stichwort: „Altersrationierung“).

II. Ethische Grundprinzipien

Entscheidungen in der Intensivmedizin haben sich u.a. an den ethischen Grundprinzipien des Respekts vor der Autonomie des Patienten, des Handelns zum Wohle des Patienten, der Schadensvermeidung sowie der Gerechtigkeit im Umgang mit den verfügbaren Mitteln zu orientieren. Darüber hinaus gilt es, die individuelle Würde des Patienten zu achten.[5,6]

Respekt vor der Autonomie umfasst zum einen das Verbot, selbstbestimmte Entscheidungen des Patienten zu behindern oder zu übergehen, zum anderen das Gebot, solche Entscheidungen z.B. durch angemessene Aufklärung zu ermöglichen. Eine bewusst einseitige Aufklärung des Patienten ist daher moralisch ebenso problematisch, wie das Übergehen eines eindeutigen Patientenwillens. Handeln zum Wohl des Patienten beinhaltet die ärztliche Verpflichtung, das Leben seines Patienten zu retten, ihn vor (schlimmerer) Krankheit zu bewahren sowie bestehende Krankheiten zu heilen oder zu lindern. Darüber hinaus zählt auch die Begleitung Sterbender zu den Aufgaben des Arztes.[7] Schadensvermeidung wiederum verpflichtet den Arzt dazu, Handlungen zu unterlassen, die dem Patienten schaden könnten. Da jede ärztliche Maßnahme mit einem möglichen Schaden verbunden ist, verlangt dieses Prinzip vom Arzt eine sorgfältige Nutzen-Schaden-Abwägung, bevor er die Maßnahme dem Patienten anbietet. Gerechtigkeit beinhaltet die Ver-

---

5 Beauchamp TL, Childress JF (2013) Principles of Biomedical Ethics, 7. Aufl. Oxford University Press, New York.

6 Janssens U, Burchardi H, Duttge G, Erchinger R, Gretenkort P, Mohr M, Nauck F, Rothärmel S, Salomon F, Schmucker P, Simon A, Stopfkuchen H, Valentin A, Weiler N, Neitzke G (2012) Therapiezieländerung und Therapiebegrenzung in der Intensivmedizin. Positionspapier der Sektion Ethik der DIVI. http://www.divi-org.de/fileadmin/pdfs/sektionen/Ethik/Positionspapier_Ethik_2012.pdf (aufgerufen am 08.10.2012).

7 Bundesärztekammer (2011) Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung. Dtsch Arztebl 108:A346–A348.

pflichtung, Nutzen und Lasten fair zu verteilen. Für den Arzt beinhaltet das Prinzip ferner die Aufforderung, Patienten ungeachtet ihres Alters, ihres Geschlechts, ihrer ethnischen Herkunft etc. gleich zu behandeln. Achtung der Würde schließlich bedeutet, den einzelnen Patienten als Individuum mit eigenen Werten und Vorstellungen wahrzunehmen und zu respektieren. Stereotypisierungen – wie z.B. von „dem" alten Menschen auszugehen, und nicht von einem ganz konkreten Menschen mit konkreter Biografie – stellen ebenso eine Würdeverletzung dar, wie jede Form der Diskriminierung älterer Patienten.[8] Eine Benachteiligung älterer Patienten alleine aufgrund ihres Alters („Ageism") z.B. durch Vorenthalten medizinisch indizierter Leistungen widerspricht aber auch den anderen Prinzipien, da eine solche Haltung die Autonomie der älteren Patienten missachtet, ihnen den Nutzen von Behandlung verweigert und damit deren Schädigung bewusst in Kauf nimmt.

Wichtig bei der ethischen Entscheidungsfindung ist, dass keines dieser Prinzipien allein zur Begründung moralischen Handelns herangezogen werden kann. Vielmehr müssen die verschiedenen Prinzipien und die daraus resultierenden Pflichten im Verhältnis zueinander betrachtet und gegeneinander abgewogen werden.

III. Alter und Indikation

Eine wesentliche Voraussetzung für die Durchführung einer medizinischen Maßnahme ist das Vorliegen einer entsprechenden Indikation. Die Indikation stellt eine fachlich begründete Einschätzung dar, dass eine Therapiemaßnahme sinnvoll und geeignet ist, um ein bestimmtes Behandlungsziel mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit zu erreichen.[9]

Auch wenn bei der Festlegung des Behandlungsziels Wünsche und Präferenzen des Patienten eine wichtige Rolle spielen, fällt die Indikationsstellung in den Verantwortungsbereich des Arztes. Er entscheidet aufgrund seines Wissens und seiner Erfahrung, welche Maßnahme geeignet ist, um das angestrebte Behandlungsziel zu erreichen. Dabei hat der Arzt nicht nur den erhofften Nutzen, sondern auch den zu befürchtenden Schaden der Maßnahme zu berücksichtigen. Ist der Arzt davon überzeugt, dass die Maßnahme dem Patienten mehr Nutzen als Schaden bringt, wird er sie dem Patienten anbieten und empfehlen. Kommt er zu dem Ergebnis, dass die Maßnahme dem Patienten mehr schadet als nützt, wird er sie zwar anbieten, dem Patienten aber von der Durchführung abraten und alternative (z.B. palliative) Maßnahmen vorschlagen. Maßnahmen, die für den Patienten ohne therapeutischen Nutzen sind, oder deren fraglicher Nutzen in keinem für den Arzt vertretbaren Verhältnis zu dem zu befürchtenden Schaden stehen, wird der Arzt

[8] Illhardt FJ (2007) Agism: Behinderung der Altersmedizin durch Vorurteile? In: Heiß W (Hrsg) Altersmedizin aktuell, Kapitel 3.3.1.1. Ecomed Verlag, Landsberg/Lech, S 1–11.

[9] Simon A (2010) Patientenverfügung in der Intensiv- und Notfallmedizin. Intensivmedizin und Notfallmedizin 47:43–48.

erst gar nicht anbieten und auch dann nicht durchführen, wenn sie vom Patienten eingefordert werden. Beispiele für solche medizinisch sinnlosen Maßnahmen (engl. „futile treatment“)[10] sind die Verabreichung kreislaufstabilisierender Mittel bei einem sterbenden Patienten oder die Durchführung einer Chemo- oder Strahlentherapie mit sehr geringen Erfolgsaussichten. Im ersten Fall wäre die Maßnahme sinnlos, weil das Behandlungsziel der Lebensverlängerung nicht mehr besteht, im zweiten Fall würde der fragliche Nutzen die Nebenwirkungen bzw. möglichen Komplikationen der Behandlung nicht rechtfertigen.

Inwiefern besteht nun ein Zusammenhang zwischen dem Alter und der Indikation zu intensivmedizinischen Maßnahmen? Medizinische Studien zeigen, dass das biologische Alter allein nicht als prädiktiven Faktor herangezogen werden kann – weder für das Mortalitätsrisiko, noch für die Dauer des Aufenthaltes auf der Intensivstation, noch für den Erfolg bestimmter intensivmedizinischer Maßnahmen wie etwa der künstlichen Beatmung oder der kardiopulmonalen Wiederbelebung. Es hat, unter Berücksichtigung der Schwere der Erkrankung allenfalls additiven Charakter.[11] Dies trifft sowohl für „jüngere“, als auch für „ältere“ Alte über 85 Jahre zu.[12,13] Da geriatrische Patienten aufgrund ihrer erhöhten Vulnerabilität besonders gefährdet sind, durch Über- oder Untertherapie Schaden zu erleiden, müssen der erhoffte Nutzen und der zu befürchtende Schaden intensivmedizinischer Maßnahmen in der konkreten Behandlungssituation individuell abgewogen, und das weitere Bestehen der Indikation im Laufe der Behandlung immer wieder neu geprüft werden.

Ist das Grundleiden unumkehrbar und kann der Patient von intensivmedizinischen Maßnahmen nicht mehr profitieren, so ist ein Wechsel von der intensivmedizinischen Maximalversorgung zur palliativen Versorgung angezeigt.[14] Eine solche Änderung des Behandlungsziels und ihre konsequente Umsetzung sind ein wichtiges Qualitätsmerkmal moderner Intensivmedizin.

IV. Alter und Patientenwille[15]

Die Durchführung einer medizinischen Maßnahme erfordert neben der medizinischen Indikation auch die Einwilligung des Patienten. Voraussetzung hierfür ist, dass der Patient ergebnisoffen über den zu erwartenden Nutzen und Schaden der angebotenen Behandlung sowie über mögliche Alternativen aufgeklärt wurde. Fer-

---

10 Schneiderman LJ, Lecker NS, Jonsen AR (1990) Medical futility: its meaning and ethical implications. Ann Intern Med 112:949–954.

11 Heppner (wie Anm. 2).

12 Valentin (wie Anm. 4).

13 Ziegler S, Heinze G, Ryffel M, et al (2007) „Oldest old“ patients in intensive care: prognosis and therapeutic activity. Wien Klin Wochenschr 119:14–19.

14 Bundesärztekammer (wie Anm. 7).

15 Die normativen Aussagen in diesem Abschnitt beziehen sich auf die aktuelle deutsche Rechtslage.

ner muss der Patient in der Lage sein, Wesen, Bedeutung und Tragweite der angebotenen Behandlungsoptionen in Grundzügen zu verstehen.[16]

Hat sich der Patient in einem einwilligungsfähigen Zustand für oder gegen bestimmte Maßnahme entschieden, behält diese Entscheidung auch dann ihre Gültigkeit, wenn der Patient aktuell nicht mehr entscheidungsfähig ist. So bleibt etwa die Ablehnung eine Dialyse auch dann verbindlich, wenn der Patient infolge der Urämie sein Bewusstsein verliert. Eine schriftliche Willenserklärung des Patienten ist in diesem Fall nicht erforderlich. Aus Gründen der Nachweisbarkeit sollte jedoch die mündlich geäußerte Ablehnung in den Patientenakten dokumentiert werden.

Die Patientenverfügung bietet dem Patienten darüber hinaus die Möglichkeit, in noch nicht unmittelbar bevorstehende ärztliche Maßnahmen einzuwilligen oder diese abzulehnen. Der in der Patientenverfügung niedergelegte Wille ist unabhängig von Art und Stadium der Erkrankung verbindlich und gilt, bis er vom Patienten widerrufen wird. Voraussetzung für die Verbindlichkeit ist, dass die Patientenverfügung schriftlich verfasst ist und klare Anweisungen für die aktuelle Behandlungssituation enthält.[17]

Liegt keine eindeutige frühere Willenserklärung vor, muss ein Vertreter des Patienten – der vom Patienten selbst ernannte Bevollmächtigte oder der vom Gericht bestellte Betreuer – auf der Grundlage des mutmaßlichen Willens über die ärztliche Maßnahme entscheiden. Der mutmaßliche Wille ist aufgrund konkreter Anhaltspunkte, insbesondere früherer mündlicher oder schriftlicher Äußerungen, ethischer oder religiöser Überzeugungen und sonstiger Wertvorstellungen des Patienten, zu ermitteln.

Ist aktuell kein Vertreter vorhanden und erlaubt die Dringlichkeit der Maßnahme nicht, dessen Einwilligung abzuwarten, so muss der Arzt selbst über die Durchführung der Maßnahme entscheiden. Liegen ihm keine eindeutigen Hinweise für den individuellen Willen des Patienten vor, so hat er die ärztlich indizierte Maßnahme durchzuführen.[18,19]

Von der Notfallsituation im engeren Sinne zu unterscheiden sind vorhersehbare lebensbedrohliche Komplikationen im Rahmen einer bestehenden Erkrankung. Sind solche absehbar, so sollte mit dem Patienten oder dessen Vertreter besprochen werden, welche ärztlichen Maßnahmen bei Eintreten dieser Komplikation durchgeführt und welche unterlassen werden sollen. Die entsprechenden Absprachen sollten zum Zwecke der späteren Nachweisbarkeit in den Patientenakten

---

[16] Simon (wie Anm. 9).

[17] Verrel T, Simon A (2010) Patientenverfügungen: Rechtliche und ethische Aspekte. Verlag Karl Alber, Freiburg im Breisgau.

[18] Bundesärztekammer (2010) Empfehlungen der Bundesärztekammer und der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer zum Umgang mit Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung in der ärztlichen Praxis. Dtsch Arztebl 107:A877–A882.

[19] Bundesärztekammer (wie Anm. 7).

dokumentiert und regelmäßig überprüft werden.[20] Dies trifft auch und in besonderer Weise auf Anordnungen eines Verzichts auf Wiederbelebung zu. Diese sollten alle 24 Stunden vom verantwortlichen Fach- oder Oberarzt reevaluiert und erneut dokumentiert werden, um sicherzustellen, dass sie noch mit dem Willen und dem Gesundheitszustand des Patienten übereinstimmen.[21]

Aus der Tatsache, dass eine zunehmende Zahl, insbesondere älterer Menschen Patientenverfügungen erstellen, um eine als sinnlos empfundene „Apparatemedizin“ am Lebensende zu verhindern, kann nicht geschlossen werden, dass ältere Patienten Intensivmedizin grundsätzlich ablehnen. Zum einen ist die Ablehnung intensivmedizinischer Maßnahmen in Patientenverfügungen in aller Regel an bestimmte Situationen, wie die beginnende Sterbephase, die Endphase einer tödlich verlaufenden Erkrankung oder eine schwere und irreversible zerebrale Schädigung gebunden. Zum anderen wird es sicherlich auch ältere Patienten geben, die wünschen, dass in den genannten Situationen alles intensivmedizinisch Mögliche und Sinnvolle getan wird, um ihr Leben zu retten. Welche Konsequenzen sich aus der Patientenverfügung mit Blick auf die (weitere) intensivmedizinische Behandlung ergeben, muss daher in der jeweiligen Situation individuell geprüft werden. Dies trifft auch auf den mutmaßlichen Patientenwillen zu. Liegen keine konkreten Hinweise für eine mutmaßliche Ablehnung intensivmedizinischer Maßnahmen vor, muss im Zweifel davon ausgegangen werden, dass der Patient den ärztlich indizierten Maßnahmen zugestimmt hätte. Bloße Mutmaßungen, wie der Patient behandelt werden möchte, dürfen bei der Ermittlung des mutmaßlichen Patientenwillens ebenso wenig eine Rolle spielen, wie Vorstellungen des Patientenvertreters oder anderer beteiligter Personen, wie sie in der Situation des Patienten behandelt werden wollen.

V. Alter als Verteilungskriterium?

Ungeachtet der medizinischen Indikation und der (mutmaßlichen) Einwilligung des Patienten stellt sich die Frage, ob teure intensivmedizinische Behandlungen bei älteren Patienten angesichts der Finanzierungsproblematik in der Gesetzlichen Krankenkassen ökonomisch vertretbar sind.

Ärztevertreter und Gesundheitsökonomen sind sich weitgehend einig, dass die zunehmende Kluft zwischen dem medizinisch Machbaren und dem durch die Solidargemeinschaft Finanzierbaren nicht mehr durch Effizienzsteigerung („Rationalisierung“) allein zu überbrücken ist, sondern dass auch Beschränkungen des

---

[20] Wiese CHR, Bartels U, Geyer A, Duttge G, Graf BM, Hanekop GG (2008) Göttinger Palliativkrisenbogen: Verbesserung der notfallmedizinischen Versorgung von ambulanten Palliativpatienten. Die „Gelbe Karte für den Rettungsdienst“. Dtsch Med Wochenschr 133:972–976

[21] Oswald C (2008) Die „Anordnung zum Verzicht auf Wiederbelebung“ im Krankenhaus. Auswirkungen einer hausinternen Leitlinie auf die Kommunikation und Transparenz im Behandlungsteam. Ethik Med 20:110–121

Leistungskatalogs („Rationierung“) nötig sind.[22] Budgets sind Ausdruck einer impliziten Rationierung, wie sie bereits heute im deutschen Gesundheitswesen existiert. Diese hat gravierende Nachteile, vor allem weil die Kriterien, nach denen rationiert wird, nicht transparent sind, und der Rationierungsdruck auf die Ärzte verlagert wird. Viele Experten sprechen sich stattdessen für explizite Rationierung z.B. in Form kostensensibler Leitlinien aus.

Darüber hinaus gibt es vereinzelte Stimmen, die eine Rationierung nach Alter fordern. Diese würde bedeuten, dass medizinische Leistungen ab einem bestimmten Alter nicht mehr von der Gesetzlichen Krankenversicherung bezahlt werden. Die entsprechenden Kosten müssten dann teilweise oder ganz durch eine Privatversicherung abgedeckt oder aus eigener Tasche bezahlt werden. Nach Ansicht der Befürworter hätte eine solche Altersrationierung viele Vorteile: Jeder Bürger wüsste genau, ab wann er für die Kosten medizinischer Behandlung selbst aufkommen muss, und hätte ausreichend Zeit, dafür entsprechend Vorsorge zu treffen. Ferner böten Altersgrenzen eine klare Kalkulationsgrundlage für private Versicherungsverträge.[23] Lassen sich neben diesen versicherungspragmatischen Argumenten auch ethische Gründe für eine solche Altersrationierung anführen?

Aus dem Prinzip der Nutzenmaximierung folgt, dass vorrangig solche Leistungen rationiert werden sollen, die ein ungünstiges Kosten-Nutzen-Profil haben. Da medizinische Maßnahmen bei älteren Menschen aufgrund der verkürzten Lebenserwartung und der häufig eingeschränkten Lebensqualität einen insgesamt geringeren Nutzen bringen, würde die konsequente Anwendung dieses Prinzips dazu führen, dass bei älteren Patienten durchschnittlich mehr Leistungen begrenzt werden, als bei jüngeren. Das entscheidende Kriterium für die Rationierung wäre aber nicht das Alter, sondern das Kosten-Nutzen-Profil der jeweiligen medizinischen Leistung. Zur Rechtfertigung einer generellen Altersrationierung kann das Prinzip der Nutzenmaximierung daher nicht herangezogen werden.[24]

Eine gewisse Rechtfertigung von Altersgrenzen beinhaltet das Argument der fairen Lebenszeit.[25] Dieses besagt, dass jeder Mensch die Chance haben sollte, eine bestimmte Anzahl von Lebensjahren zu erreichen, die für ein „anständiges“ Leben erforderlich ist. Deshalb sei es moralisch gerechtfertigt, diejenigen, die ihr Leben noch vor sich haben, vor denjenigen zu retten, die bereits ein erfülltes Leben hinter sich haben. Dieses Argument hat eine hohe Plausibilität, da es eine Begründung dafür liefert, warum wir intuitiv das Leben des zweijährigen Kindes vor dem der 95-jährigen Urgroßmutter retten, eine vergleichbare Bevorzugung des 30-jährigen

[22] Fuchs C, Nagel G, Raspe H (2009) Rationalisierung, Rationierung und Priorisierung – was ist gemeint? Dtsch Ärztebl 106:A554–A557.

[23] Beyer F (2005) Rationierung von GKV-Leistungen nach dem Alter? – Pro. Dtsch Med Wochenschr 130:349–350.

[24] Marckmann G (2005) Alter als Verteilungskriterium in der Gesundheitsversorgung? – Contra. Dtsch Med Wochenschr 130:351–352.

[25] Harries J (1995) Der Wert des Lebens. Eine Einführung in die medizinische Ethik. Akademie Verlag, Berlin.

gegenüber dem 40-jährigen Patienten aber als ungerecht empfinden würden. Es greift aber nur in Notsituationen, in denen es nicht möglich ist, das Leben aller zu retten. Solche Triagesituationen sind im Gesundheitswesen zum Glück die Ausnahme. Eine Begründung für allgemeine Altersgrenzen bietet das Argument der fairen Lebenszeit nicht.

Eine mögliche Begründung für eine Altersrationierung liefert das Argument der klugen Lebensplanung.[26] Dieses geht von der Annahme aus, dass ein kluger Planer, der über die Verteilung begrenzter Gesundheitsressourcen über die verschieden Abschnitte seines Lebens entscheiden müsste, diese vor allem in jüngeren Jahren einsetzen würde, um wichtige private und berufliche Ziele verwirklichen zu können. Auch würde er medizinischen Maßnahmen zur Sicherstellung einer „normalen" Lebenserwartung eine höhere Priorität einräumen, als solchen, die einer darüber hinausgehenden Lebenserwartung dienen. Diese Kriterien einer klugen Lebensplanung sollten auch als Maßstab für eine gerechte Mittelverteilung unter verschiedenen Altersgruppen dienen. Eine Rationierung nach Alter wäre demzufolge nicht nur fair, da alle Menschen im Laufe ihres Lebens gleich behandelt würden, sie wäre darüber hinaus auch für alle von Nutzen, da die Chancen auf Erreichen einer normalen Lebenserwartung als Voraussetzung für die Realisierung persönlicher Lebenszielen maximiert würde. Voraussetzung des Arguments ist jedoch, dass es einen breiten gesellschaftlichen Konsens gibt, wie eine kluge Lebensplanung im Hinblick auf die Verteilung knapper Gesundheitsressourcen aussieht, und dass dieser sich über Generationen hinweg nicht verändern. Diese Voraussetzung erscheint angesichts des gesellschaftlichen Wertewandels und der durch den medizinischen Fortschritt bedingten Änderung der Ausgangsbedingungen als unrealistisch, so dass auch das Argument der klugen Lebensplanung keine ethisch befriedigende Begründung für eine Altersrationierung liefern kann.

VI. Zusammenfassung und Fazit

Hohes Alter allein spricht nicht gegen die Aufnahme bzw. Fortsetzung intensivmedizinischer Maßnahmen. Die medizinische Indikation und die Einwilligung des Patienten zu diesen Maßnahmen sind vielmehr individuell vor dem Hintergrund des Gesamtzustandes und der Prognose des alten Patienten zu prüfen. Dies setzt eine enge Zusammenarbeit zwischen den beteiligten Disziplinen und Berufsgruppen sowie eine gute Kommunikation zwischen dem behandelnden Team und dem Patienten bzw. dessen Vertreter und Angehörigen voraus. Bedenken, ob eine (weitere) Behandlung sinnvoll und vom Patienten gewünscht ist, sollten angesprochen werden können und gegebenenfalls im Rahmen einer gemeinsamen Fallbesprechung geklärt werden. In schwierigen und kontroversen Situationen kann die Ein-

[26] Daniels N (2003) Das Argument der Altersrationierung im Ansatz der klugen Lebensplanung. In: Marckmann G (Hrsg) Gesundheitsversorgung im Alter. Zwischen ethischer Verpflichtung und ökonomischem Zwang. Schattauer, Stuttgart, S 151–168.

beziehung von Personen aus einem Klinischen Ethikkomitee oder einer vergleichbaren Einrichtung der Klinischen Ethikberatung hilfreich sein.[27,28]

Ähnliches gilt für die Frage, ob kostenintensive intensivmedizinischer Maßnahmen bei älteren Patienten gegenüber der Solidargemeinschaft vertretbar sind. Eine Rationierung allein aufgrund des Alters stellt eine ethisch problematische Form der Diskriminierung älter Patienten dar. Ethisch vertretbar bzw. geboten erscheint hingegen die Rationierung von (intensiv-)medizinischen Leistungen mit einem schlechten Kosten-Nutzen-Verhältnis. Eine solche würde im Durchschnitt aufgrund der verkürzten Lebenserwartung und eingeschränkten Lebensqualität zwar mehr ältere als jüngere Patienten treffen, wäre aber keine Form des „Ageism", da dem Alter nur eine indirekte Bedeutung zukäme. Um die Kriterien für entsprechende Entscheidungen transparent zu machen und eine Gleichbehandlung von Patienten mit vergleichbarerer Diagnose zu gewährleisten, sollten kostensensible Leitlinien in Form von Versorgungsstandards erarbeitet werden, die konkrete Vorgaben machen, welche Maßnahmen bei welcher Indikation von der Gesetzlichen Krankenversicherung bezahlt werden.

[27] Vorstand der Akademie für Ethik in der Medizin (2010) Ethikberatung in Einrichtungen des Gesundheitswesens. Ethik Med 22:149–153.

[28] Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer (2006) Ethikberatung in der klinischen Medizin. Dtsch Arztebl 103, A1703–A1707.

Zu alt für die Hüftprothese, zu jung zum Sterben? Die Rolle von Altersbildern in der ethisch-politischen Debatte um eine altersabhängige Begrenzung medizinischer Leistungen

Dr. phil. Mark Schweda

I. Einleitung

Vor etwa zehn Jahren gab Philipp Mißfelder in einem Interview mit dem Berliner *Tagesspiegel* zu Protokoll, er „halte nichts davon, wenn 85-Jährige noch künstliche Hüftgelenke auf Kosten der Solidargemeinschaft bekommen“[1]. Und auch wenn der seinerzeit frisch gekürte Vorsitzende der *Jungen Union* bereits wenige Tage später eilig zurückruderte, rollte doch längst eine Welle der Empörung durch die deutsche Medienlandschaft und die öffentliche Diskussion. Der frühere CDU-Generalsekretär Heiner Geißler warf Mißfelder vor, er vertrete „eine Ideologie, die die solidarischen Strukturen unserer Gesellschaft zerstört“[2]. Und die damalige Familienministerin Renate Schmidt sah eine Gesellschaft, in der derartige Diskussionen laut werden, sogar auf dem Weg „zu der schönen neuen Welt, wo man dann mit 60 oder 65 die Todespille nehmen soll“[3].

---

[1] Cordula Eubel, Peter Siebenmorgen, Keine Hüftgelenke für die ganz Alten. Chef der Jungen Union fordert radikale Einschnitte bei Sozialversicherung, in: Der Tagesspiegel (3. Aug. 2003).

[2] Heiner Geißler, Wenn Philipp Mißfelder Rentner ist. Der Konflikt zwischen den Generationen, in: Der Tagesspiegel (7. Aug. 2003).

[3] Zit. n. Andreas Hoidn-Borchers, Philipp Mißfelder: „Todesstrafe, Drecksau!“, in: Der Stern (25. Sept. 2003).

Auffallend an der gesamten Debatte erscheint im Rückblick vor allem das eklatante Missverhältnis zwischen moralischem Engagement und argumentativem Aufwand auf beiden Seiten. Weder Mißfelder und seine Mitstreiter noch die meisten ihrer Gegner gaben überhaupt eine nähere Begründung für die von ihnen jeweils vertretenen Auffassungen bezüglich der vorgeschlagenen Altersrationierung, also der altersabhängigen Begrenzung medizinischer Versorgung: Welche Besonderheiten des hohen Lebensalters rechtfertigen es eigentlich (oder aber nicht), älteren Menschen eine medizinische Leistung vorzuenthalten, die allen anderen Bürgern in der Regel ohne Vorbehalte gewährt wird? Was genau an der spezifischen Verfassung und Lage der Alten lässt gerade den Hüftersatz in ihrem Falle verzichtbar erscheinen (oder aber nicht)? Und inwiefern stellt ausgerechnet der 85. Geburtstag eine so entscheidende Schwelle im Leben einer Person dar, dass sich ihre Stellung innerhalb „der Solidargemeinschaft" mit ihm derart grundlegend verändert (oder aber nicht)?

Die Diskussion kann in zweifacher Hinsicht als exemplarisch für zeitgenössische medizinethische und sozialpolitische Debatten um die Altersrationierung[4] angesehen werden: Zum einen gewinnt das Thema in dem Maße an Bedeutung und Virulenz, in dem der demographische Wandel und seine Folgen ins öffentliche Bewusstsein und den Mittelpunkt gesellschaftlicher bzw. politischer Auseinandersetzungen dringen. Schließlich gehören Medizin und Gesundheitswesen zu den gesellschaftlichen Bereichen, in denen sich die gegenwärtigen Verschiebungen im Altersaufbau der Gesellschaft vermutlich am durchschlagendsten bemerkbar machen werden. Infolgedessen verlagert sich nicht nur der Schwerpunkt medizinischer Forschung und Versorgung, sondern entsprechend auch derjenige medizinethischer und gesundheitspolitischer Diskussionen hin zu Fragestellungen, die im Kontext der Versorgung alter Menschen von Belang sind. Dabei stellt sich insbesondere auch die von Mißfelders Vorstoß berührte Frage nach den Finanzierungsspielräumen des öffentlichen Gesundheitswesens und der Verteilung begrenzter Ressourcen zwischen den Generationen.

Andererseits kommt das Alter(n) in diesen Debatten meist nur in einer begrenzten Perspektive in den Blick: Es wird in der Regel bloß soweit thematisiert, wie es ein praktisches Problem darstellt, also im Rahmen der vorgegebenen medizinischen und gesundheitspolitischen Praktiken und Rahmenbedingungen den üblichen, vorgesehenen und erwünschten Ablauf der Dinge behindert. Eine umfassendere Betrachtung des Phänomens als solchen in seinem Wechselspiel biologischer, psychologischer und sozio-kultureller Dimensionen unterbleibt, sodass möglicherweise relevante Gesichtspunkte von vornherein nicht berücksichtigt werden können. Allerdings wird zugleich doch vielfach auf der Basis gewisser impliziter Vorverständnisse des Altern(s) argumentiert, sodass ohne weitere Reflexion ungesicherte, oft fragwürdige Annahmen in die Debatte einfließen. So dürfte ein

[4] Zum Überblick vgl. Luzius Müller, Grenzen der Medizin im Alter? Sozialethische und individualethische Diskussion, Zürich: ZVH 2010.

Grund für das Ausbleiben sachhaltiger Argumente in Mißfelders Stellungnahme darin bestehen, dass er sich stillschweigend auf ein Bild des Alters stützen konnte, das lange Zeit so selbstverständlich erschien, dass es geradezu als Ausdruck natürlicher Gegebenheiten galt: das gebrechliche kranke, sieche Alter. Tatsächlich gibt Mißfelder selbst seine Ausrichtung an diesem traditionellen Altersbild klar zu erkennen, wenn er der Forderung nach Vorenthaltung der Hüftprothese nachschiebt, früher seien die Leute schließlich auch auf Krücken gelaufen.[5] Der flapsige Nachsatz verweist zuletzt auch auf eine Tendenz der gegenwärtigen Debatte, am Ende das Alter(n) selbst bzw. alte Menschen als das Problem erscheinen zu lassen, was negative Altersstereotype und damit Ageismus fördern kann, also die Diskriminierung von Personen auf Grund ihres (fortgeschrittenen) Lebensalters.[6]

Aus diesen Gründen wird hier für eine Erweiterung des theoretischen Blickwinkels plädiert: Obwohl die problemorientierte Perspektive gewiss ihre Berechtigung hat, ist sie doch in eine grundlegendere und umfassendere Betrachtungsweise des Alter(n)s einzubetten. Die Diskussion der Altersrationierung verlangt mithin eine vorgängige Verständigung darüber, was es überhaupt bedeutet, alt zu werden und zu sein. In diesem Sinne werden im Folgenden zunächst einige Vorannahmen der Rationierungsdebatte hinsichtlich der Rolle des Alter(n)s bei der Mittelverteilung im öffentlichen Gesundheitswesen näher unter die Lupe genommen. Im Anschluss werden drei prominente medizinethische Argumente für Altersrationierung kurz vorgestellt und mit Blick auf implizit vorausgesetzte Altersbilder, also Vorstellungen bezüglich des Alters, des Alterns und alter Menschen[7], eingehender betrachtet. Wie sich dabei zeigen wird, tut die Medizinethik gut daran, die Bedeutung solcher Bilder des Alter(n)s und des menschlichen Lebensverlaufs im Ganzen ernst zu nehmen und in eine ausdrückliche und systematische Auseinandersetzung mit ihnen einzutreten.

II. ‚Qualitätsbereinigte Lebensjahre' – Knappheit, Rationalisierung und Rationierung im öffentlichen Gesundheitswesen

Im Hinblick auf die Auseinandersetzung um die Altersrationierung lassen sich zwei Stadien, gleichsam zwei diskursive Zündstufen unterscheiden: Noch vor der eigentlichen Diskussion über das Für und Wider der Sache selbst wird vielfach grundsätzlich über Berechtigung, Notwendigkeit und mögliche gesellschaftliche Folgen einer solchen Diskussion diskutiert. Dabei treten immer wieder charakteristische Argumentationsmuster zu Tage. So warnen Gegner einer öffentlich geführten Rationierungsdebatte eindringlich vor der schiefen Ebene gesellschaftlicher Entsolidarisierung, auf die man mit derartigen Auseinandersetzungen gerate, wobei

[5] Vgl. Eubel, Siebenmorgen, Keine Hüftgelenke.

[6] Vgl. Robert Butler, Age-ism: Another Form of Bigotry, in: Gerontologist 9 (1969), S. 243-246.

[7] Zur Begrifflichkeit vgl. Deutscher Bundestag, Sechster Bericht zur Lage der älteren Generation in Deutschland: Altersbilder in der Gesellschaft (Drucksache 17/3815), Berlin 2010, S. 27f.

speziell in Deutschland gelegentlich die Erinnerung an die nationalsozialistische Euthanasiepolitik den möglichen Endpunkt einer solchen Abwärtsbewegung vor Augen führen soll.[8] Inzwischen mehren sich freilich eher die dringlichen Apelle der Befürworter, man könne vor der Dramatik der Finanzlage in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) nicht länger die Augen verschließen und werde doch wohl alle möglicherweise sachdienlichen Vorschläge noch ohne Tabus prüfen dürfen.[9] Im Folgenden soll zunächst diese vorgelagerte Diskussionsstufe ein wenig eingehender betrachtet werden. Ein kritischer Blick auf die vorgängige Definition und Perspektivierung der zu erörternden Problematik kann verdeutlichen, wie vielfältig und mitunter fragwürdig die empirischen wie normativen Voraussetzungen sind, unter denen die Debatte um die Altersrationierung überhaupt akut und virulent wird.

Im Allgemeinen stellt sich die Frage einer Begrenzung des Zugangs zu bestimmten Ressourcen allererst unter Bedingungen von *Knappheit*, wenn also die Nachfrage nach einem Gut das verfügbare Angebot übersteigt.[10] Wo die betreffenden Güter im Überfluss oder doch zumindest in einem ausreichenden Maß zur Verfügung stehen, besteht im Grunde keine Veranlassung, über ihre gerechte Verteilung, geschweige denn über ihre Begrenzung oder gar Vorenthaltung zu streiten. Insofern steigt und fällt die Konjunktur von Rationierungsdebatten im öffentlichen Gesundheitswesen mit der Plausibilisierbarkeit von Knappheitsszenarien und dem Vertrauen auf Leistungseinschnitte als einem probaten Mittel zu ihrer Bekämpfung. Die dahinter stehende Beweislastverteilung erscheint allemal sinnvoll, kann eine Begrenzung des Zugangs zu medizinischer Versorgung doch einen weit reichenden Eingriff in allgemein anerkannte individuelle Anspruchsrechte sowie kulturell tief verwurzelte Normen gesellschaftlichen Zusammenlebens darstellen, sodass sie allenfalls nach Ausschöpfung aller weniger gravierenden Alternativen, sozusagen als Ultima Ratio, in Erwägung gezogen werden sollte.

Ganz in diesem Sinne wird auch immer wieder gefordert, statt über eine *Rationierung* der Gesundheitsversorgung sei zunächst einmal über ihre *Rationalisierung* nachzudenken, also über eine möglichst sparsame und zugleich wirkungsvolle Verwendung der zur Verfügung stehenden Mittel, die auch unabhängig von gesundheitsökonomischen Erwägungen schlicht ein Gebot ärztlicher Ethik darstellt.[11] Bevor man den Rotstift an der Substanz der medizinisch notwendigen bzw. angezeigten Leistungen ansetzt, müssen mithin allererst die gegenwärtig bestehen-

[8] Vgl. z.B. Bundesärztekammer, Altersgrenzen: Euthanasie unter anderen Vorzeichen (3. Juni 2003).

[9] Vgl. Friedrich Breyer, Rationierung von GKV-Leistungen nach dem Alter? Pro, in: Deutsche Medizinische Wochenschrift 130 (2005) 7, S. 349-350.

[10] Vgl. ausführlich Markus Zimmermann-Acklin, Knappheit – Grenzerfahrungen in der Gesundheitsversorgung, in: Markus Christen, Max Baumann (Hrsg.), Verantwortung im politischen Diskurs. Handbuch Ethik im Gesundheitswesen, Band 4, Basel: Schwabe /EMH Schweizerischer Ärzteverlag 2009, S. 69-85.

[11] Vgl. dazu Georg Marckmann, Rationalisierung und Rationierung: Allokation im Gesundheitswesen zwischen Effizienz und Gerechtigkeit, in: Hermes Andreas Kick, Jochen Taupitz (Hrsg.), Gesundheitswesen zwischen Wirtschaftlichkeit und Menschlichkeit, Münster: LIT 2005, S. 179-199.

den Abläufe und Strukturen optimiert und so die im System an sich vorhandenen Einsparungspotenziale und Effizienzreserven freigesetzt werden. Nun sind Beispiele für Verschwendung und Überversorgung im Gesundheitswesen in der Tat hinlänglich bekannt. Jedoch wird inzwischen weithin angezweifelt, dass Rationalisierungsmaßnahmen ausreichen, um den Finanzierungsbedarf der GKV nachhaltig zu decken und damit weiter reichende Rationierungsschritte abzuwenden.[12] Zum einen nämlich kann Rationalisierung aufwändige Umstrukturierungen erforderlich machen, führt aber in der Regel nur zu punktuellen Einsparungseffekten. Und zum anderen lässt sich der Nutzen medizinischer Maßnahmen auf Grund prinzipieller begrifflich-theoretischer Unklarheiten sowie der vielfach unzulänglichen empirischen Studienlage innerhalb der Medizin oftmals überhaupt nicht eindeutig abschätzen, sodass der Übergang von Rationalisierung zu Rationierung in der Praxis ohnehin fließend ist. Überdies deuten sozialempirische Studien darauf hin, dass eine implizite und ungeregelte Form der Rationierung faktisch vielfach längst stattfindet, nicht zuletzt anhand des Lebensalters,[13] sodass im Grunde weniger über das Ob als vielmehr über das Wie zu diskutieren wäre, also über sinnvolle und legitime Kriterien und Verfahren der Leistungsbegrenzung.

Dabei setzt einer der naheliegenden Vorschläge zur Rationierung bei der Kosteneffektivität medizinischer Maßnahmen an. Demnach wären zunächst solche Maßnahmen aus dem Leistungsumfang der öffentlichen Gesundheitsversorgung auszugliedern, die ein besonders ungünstiges Verhältnis von Kosten und Nutzen aufweisen.[14] Dieser Vorschlag wirkt auf Anhieb attraktiv, da er ein rein ökonomisches Kriterium für Rationierungsentscheidungen anzugeben scheint, statt sie auf vermeintlich subjektive und insofern stets kontroverse Werturteile zu gründen. Freilich weisen Kritiker darauf hin, dass solche Ansätze durchaus Wertsetzungen implizieren, die allerdings in der Regel nicht als solche ausgewiesen und begründet werden.[15] Immerhin lässt sich schon der Nutzen einer medizinischen Maßnahme bei Lichte betrachtet schwerlich unabhängig von bestimmten Zielsetzungen und Wertmaßstäben feststellen. Gängige Berechnungsmodelle für Kosteneffektivität verwenden etwa den so genannten QALY, der Nutzen in ‚qualitätsbereinigten Lebensjahren' (Quality-Adjusted Life Years) ausdrückt, und setzen die Kosten einer Maßnahme damit zu dem durch sie zu erzielenden Gewinn an Lebenszeit

---

[12] Vgl. ebd., S. 189f.

[13] Vgl. Hilke Brockmann, Why is less money spent on health care for the elderly than for the rest of the population? Health care rationing in German hospitals, in: Social Science & Medicine 55 (2002) 4, S. 593-608; Daniel Strech, Marion Danis, M. Löb, Georg Marckmann, Ausmaß und Auswirkungen von Rationierung in deutschen Krankenhäusern. Ergebnisse einer repräsentativen Umfrage unter Ärzten, in: Deutsche Medizinische Wochenschrift 134 (2009), S. 1261-1266.

[14] Dies z.B. der Ausgangsgedanke bei der Erarbeitung des Oregon Health Plans; vgl. zu Potenzialen und Grenzen des Ansatzes Georg Marckmann, Uwe Siebert, Kosteneffektivität als Allokationskriterium in der Gesundheitsversorgung, in: Zeitschrift für medizinische Ethik 48 (2002), S. 171-190.

[15] Vgl. dazu kritisch Michael Schlander, Kosteneffektivität und Ressourcenallokation: Gibt es einen normativen Anspruch der Gesundheitsökonomie?, in: Hermes Andreas Kick, Jochen Taupitz (Hrsg.), Gesundheitswesen zwischen Wirtschaftlichkeit und Menschlichkeit, Münster: LIT 2005, S. 37-111.

bzw. Lebensqualität ins Verhältnis. Wie Kritiker zu bedenken geben, würde dieses Vorgehen bei Rationierungsentscheidungen allerdings im Endergebnis zu einer systematischen Benachteiligung alter Menschen führen.[16] In der Tat weist die Behandlung älterer Personen unter den Prämissen des QALY vielfach ein ungünstigeres Kosten-Nutzen-Profil auf als die jüngerer.[17] Ihre Lebenserwartung ist geringer, sodass der durch eine Maßnahme zu erzielende Gewinn an Lebensjahren bei ihnen von vornherein niedriger anzusetzen ist. Zudem bewegt sich ihre Lebensqualität auf Grund häufiger chronischer Erkrankungen und Beschwerden in der Regel auf niedrigerem Niveau, sodass ihre Behandlung selbst bei gleichem Gewinn an Lebensjahren auch in dieser Hinsicht ungünstigere Ergebnisse verspricht. Schließlich können bei älteren Menschen durch dieselbe Maßnahme oftmals nur mehr geringfügige Verbesserungen der Lebensqualität erzielt werden, was sich wiederum auf die Kalkulation der Kosteneffektivität ihrer Behandlung niederschlägt. Vor diesem Hintergrund erscheint die Rationierung medizinischer Maßnahmen auf der Grundlage solcher Berechnungsmodelle ethisch zumindest problematisch. Immerhin kann nicht nur die explizit intendierte Ungleichbehandlung bestimmter Bevölkerungsgruppen, sondern auch und gerade ihre latente strukturelle Benachteiligung eine schwerwiegende Ungerechtigkeit darstellen. Tatsächlich dürfte es den Tatbestand der Diskriminierung erfüllen, wenn ein Verteilungsmechanismus auf Grund eines ihm inhärenten statistischen Altersfaktors zur pauschalen Zurücksetzung *sämtlicher* Mitglieder der betroffenen Altersgruppen führt.[18] Verfechtern von Kosteneffektivitätskriterien wird daher gelegentlich provokant nahegelegt, sich nicht länger hinter politisch korrekten Gesinnungen und guten Absichten zu verstecken, sondern lieber explizit Farbe zu bekennen und argumentativ für die Überzeugung einzutreten, dass die Verwendung des Lebensalters als Rationierungskriterium sachlich gerechtfertigt ist.[19]

III. ‚Die graue Flut' – Der demographische Wandel als Hintergrundszenario

An den Auseinandersetzungen um Sinn und Berechtigung der Altersrationierung fällt auf, dass die Erläuterung der Ursachen für die Knappheit im öffentlichen Gesundheitswesen in diesem Zusammenhang vorzugsweise auf den demographischen Wandel Bezug nimmt, also auf die durch steigende Lebenserwartung, sinkende Geburtenrate und stagnierende Zuwanderung bedingte Zunahme der abso-

---

[16] Vgl. John Harris, QALYfying the value of life, in: Journal of Medical Ethics 13 (1987), S. 117-123.

[17] Vgl. zum Folgenden Dan Brock, Ethik und Altersrationierung in der Medizin: ein konsequentialistischer Standpunkt, in: Georg Marckmann (Hrsg.), Gesundheitsversorgung im Alter. Zwischen ethischer Verpflichtung und ökonomischem Zwang, Stuttgart: Schattauer 2003, S. 89-115, insbes. S. 101-114.

[18] Vgl. John Harris, Sadie Regmi, Ageism and equality, in: Journal of Medical Ethics 38 (2012) 5, S. 258-262.

[19] Vgl. ebd., S. 258.

luten Zahl sowie des relativen Anteils alter Menschen an der Gesamtbevölkerung. Weil die Gruppe der Personen im fortgeschrittenen Lebensalter gegenüber den jüngeren Bevölkerungsgruppen seit Jahrzehnten stetig anwachse, stiegen einerseits die Ausgaben für öffentliche Gesundheitsversorgung absehbar weiter an, während andererseits gleichzeitig die Einnahmen der GKV kontinuierlich zurückgingen. Diese Entwicklung führe im Ergebnis dazu, dass sich die bereits heute abzeichnende Mittelknappheit im öffentlichen Gesundheitswesen in Zukunft sogar noch dramatisch verschärfen werde.[20]

Diese Fokussierung auf den demographischen Wandel erscheint zumindest bemerkenswert. Denn zunächst einmal hängt die Finanzierungslage des öffentlichen Gesundheitswesens in Deutschland bekanntlich von vielfältigen Faktoren ab.[21] Auf der Einnahmeseite spielt insbesondere die Entwicklung am Arbeitsmarkt eine zentrale Rolle: Anzahl und Lohnniveau der sozialversicherungspflichtigen Arbeitnehmer bestimmen das Aufkommen an GKV-Beiträgen und damit letztlich den Umfang der überhaupt zur Verfügung stehenden finanziellen Ressourcen. Auf der Ausgabenseite fallen vor allem die Wohlstandsentwicklung und der medizinisch-technische Fortschritt ins Gewicht, der bei tendenziell abnehmendem Grenznutzen fortwährend neue, kostspielige Innovationen hervorbringt. Der demographische Wandel ist also keineswegs die vorrangige oder gar einzige Ursache der Mittelknappheit im öffentlichen Gesundheitswesen, sondern vielmehr Teil eines komplexen Bedingungsgeflechts. Zwar trägt der wachsende Anteil alter Menschen auf jeden Fall zur Verschärfung der Lage bei, wenn einerseits weniger Personen im erwerbsfähigen Alter in die GKV einzahlen und andererseits ein erhöhter medizinischer Versorgungsbedarf mit entsprechend steigenden Aufwendungen entsteht. Dabei ist allerdings zu beachten, dass dieses Szenario in der Debatte faktisch oft Züge einer Art optischen Täuschung annimmt, sobald allein die demographische Entwicklung in den Vordergrund rückt und alle übrigen Einflussfaktoren wie fixe Rahmenbedingungen behandelt werden. Schließlich gibt es in Wahrheit sowohl auf Einnahmen- als auch auf Ausgabenseite eine Vielzahl an unbekannten Variablen, insbesondere was den Zusammenhang von Alter und Gesundheitskosten und die zukünftige Entwicklung der Altersgesundheit angeht, sowie eine ganze Reihe politischer Stellschrauben, z.B. mit Blick auf die Art der Beschäftigungsverhältnisse, die Höhe der Beitragssätze und das Renteneintrittsalter, die den Prozess selbst und seine Auswirkungen beeinflussen können.[22]

Aus ethischer Sicht besteht darüber hinaus prima facie auch gar kein direktes inhaltliches Junktim zwischen dem wachsenden Anteil älterer Menschen auf der

[20] Vgl. exemplarisch Fritz Beske, Gesundheitsversorgung 2050. Herausforderungen einer alternden Gesellschaft, in: Arzt und Krankenhaus 11 (2007), S. 326-330.

[21] Vgl. Friedrich Breyer, Ökonomische Grundlagen der Finanzierungsprobleme im Gesundheitswesen. Status quo und Lösungsmöglichkeiten, in: Detelf Aufderheide, Martin Dabrowski (Hrsg.), Gesundheit – Ethik – Ökonomik. Wirtschaftsethische und moralökonomische Perspektiven des Gesundheitswesens, Berlin: Duncker & Humblot 2002, S. 11-27.

[22] Vgl. ebd., S. 13f.

einen Seite und der Forderung nach einer speziell auf sie bezogenen Begrenzung medizinischer Leistungen auf der anderen. Die Ursachen einer Knappheit können für die *ökonomische* Einschätzung der *Effektivität* verschiedener Strategien zu ihrer Bekämpfung relevant sein und dennoch bei der *ethischen* Beurteilung der *Legitimität* dieser Strategien keine Rolle spielen. Wenn die Befürworter einer Altersrationierung gleichwohl beharrlich auf die gesellschaftliche Alterung verweisen, kommt dabei womöglich mitunter das retributive Motiv zum Tragen, die vermeintlichen Verursacher eines Schadens auch bei seiner Behebung gebührend zur Verantwortung zu ziehen. Jedenfalls fügt sich der Ruf nach einer altersabhängigen Begrenzung medizinischer Leistungen in umfassendere Tendenzen zur Moralisierung und ‚Responsibilisierung' des Alters im Übergang vom traditionell fürsorgenden Wohlfahrtsstaat zur aktivierenden Sozialpolitik des Neoliberalismus: Das Alter gilt nicht länger fraglos als Phase beruflicher Entpflichtung und wohlverdienten Ruhestands, sondern soll im Zeichen des demographischen Wandels und seiner Folgeprobleme gesellschaftlich wieder verstärkt in die Pflicht genommen werden.[23] Diese geschärfte Wahrnehmung der Alten als volkswirtschaftliches Problem und Potenzial kann sich in Aufrufen zu Solidarität, zivilgesellschaftlichem Engagement und intergenerationeller Gerechtigkeit aussprechen, bisweilen aber auch auf bedenkliche Weise in die ethisch ganz anders gelagerte Diskussion um Selbstbestimmung und Therapiebegrenzung am Lebensende hineinspielen, wenn sich eine Betrachtung hochbetagter Menschen als ökonomischer Kostenfaktor oder finanzielle Belastung durchsetzt.[24] Hier sind zum Beispiel Zynismen wie die Wendung vom „sozialverträglichen Frühableben" einschlägig, mit der es Karsten Vilmar, der ehemalige Präsident der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetags, 1998 bis zum „Unwort des Jahres" gebracht hat.[25]

Neben dieser einseitigen Fixierung auf die Alten als im doppelten Sinne ‚verantwortliche' Bevölkerungsgruppe fällt vor allem die überaus drastische Sprache auf, die im Horizont der Rationierungsdebatte zur Beschreibung des Verlaufs und der Folgen des demographischen Wandels verwendet wird.[26] Dabei stechen besonders die Bilder und Begrifflichkeiten aus der Sphäre der Unwetter und Naturkatastrophen ins Auge, die sich in der Medienberichterstattung und im öffentlichen Diskurs zunehmend häufen. So wird der Anstieg der absoluten Zahl sowie des

---

[23] Vgl. Stefan Lessenich, Lohn und Leistung, Schuld und Verantwortung: Das Alter in der Aktivgesellschaft, in: Stefan Lessenich, Silke van Dyk (Hrsg.), Die Jungen Alten, Analyse einer Sozialfigur, Frankfurt a.M./New York: Campus 2009, S. 279-295.

[24] Vgl. Stefanie Graefe, Autonomie am Lebensende. Biopolitik, Ökonomisierung und die Debatte um Sterbehilfe, Frankfurt a.M.: Campus 2007, insbes. S. 214f.

[25] In ihrer Begründung erläuterte die sprachkritische Jury damals: „Hier schlägt Ironie und Satire endgültig in blanken Zynismus um, der eines Sprechers der Ärzteschaft unwürdig ist, zumal deutsche Ärzte bereits am Ende des 2. Weltkriegs vorzeitiges Sterben nach Therapie- und Medikamentenentzug als ‚Frühableben' umschrieben hatten." Sprachkritische Aktion „Unwort des Jahres", URL: http://www.unwortdesjahres.net/?id=24. (10.2.2013)

[26] Vgl. Undine Kramer, Ageismus. Zur sprachlichen Diskriminierung des Alters, in: Reinhard Fiehler, Caja Thimm (Hrsg.), Sprache und Kommunikation im Alter, Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung 2003, S. 257-277.

relativen Anteils alter Menschen an der Gesamtbevölkerung in den einschlägigen sozialpolitischen und gesundheitsökonomischen Zusammenhängen mit Vorliebe als „Flut“[27], „Schwemme“[28], „Lawine“[29] oder sogar „Tsunami“[30] beschrieben. Besonders eindrucksvoll kommt diese katastrophische Vorstellungswelt etwa in der folgenden Meldung eines weltweit führenden Versicherungsunternehmens zum Ausdruck: „USA erlebt ‚Altersvorsorge-Tsunami‘. Rentnerwelle trifft zeitversetzt auf Europa und Asien“[31]. Derartige Darstellungen verleihen dem Prozess der gesellschaftlichen Alterung nicht nur eine äußerst bedrohliche emotionale Färbung und eine ausnehmend negative Akzentuierung, wobei die Verbindung von Demographie und Apokalyptik gerade in Deutschland auf eine lange Tradition zurückblickt.[32] Sie beschreiben die Entwicklung im gleichen Zuge auch als unvorhersehbares, in Entstehung und Ablauf nicht zu beeinflussendes und unaufhaltsam fortschreitendes Naturgeschehen. Der demographische Wandel erscheint als ein mit gleichsam naturgesetzlicher Gewalt und Zwangsläufigkeit hereinbrechendes Desaster, das aller Voraussicht nach verheerende Auswirkungen auf die gesamte Gesellschaft haben wird.

Dieser metaphorische Hintergrund verleiht in der Folge auch weniger drastischen Wendungen wie der geläufigen Formel von der ‚Überalterung‘ der Gesellschaft ihre Eingängigkeit.[33] Denn was hier auf den ersten Blick im nüchternen Jargon einer objektiven Feststellung wertneutraler demographischer Forschung daherkommt, erweist sich bei näherer Betrachtung als normativ ausgesprochen gehaltvoll. So impliziert die Rede von einer *Über*alterung offenbar irgendeine Norm, einen Zielpunkt oder Sollwert, im Verhältnis zu dem der Anteil der alten Menschen an der Gesamtbevölkerung als *zu hoch* eingestuft wird. Freilich werden diese zu Grunde liegenden normativen Prämissen nur selten als solche ausgewiesen. Stattdessen können negative Altersbilder das Schreckensszenario einer vergreisenden, in ihren Leistungspotenzialen, Funktionsabläufen und Entwicklungsperspektiven beeinträchtigten Gesellschaft beschwören, dessen Suggestivkraft die

---

27 Landtag von Baden-Württemberg, Bericht und Empfehlungen der Enquetekommission „Demografischer Wandel – Herausforderungen an die Landespolitik“. Drucksache 13/4900 (9.12.2005), S. 12.

28 „Rentnerschwemme“ war 1996 das Unwort des Jahres; vgl. Sprachkritische Aktion „Unwort des Jahres“ http://www.unwortdesjahres.net/index.php?id=26. (10.2.2013)

29 Claus Leggewie, Krieg den Alten! Die Senioren-Lawine verschüttet die Zukunft der Jugend, in: Die Woche (20.10.1995), S. 1.

30 Jutta Schauer-Oldenburg, Demographischer Wandel – ein gesellschaftlicher Tsunami, in: Grüne Aussichten Winter 2010/11, S. 2.

31 Allianz Demographic Pulse 1 (2011), S. 1.

32 Vgl. Thomas Bryant, Von der „Vergreisung des Volkskörpers“ zum „demographischen Wandel der Gesellschaft“. Geschichte und Gegenwart des deutschen Alterungsdiskurses im 20. Jahrhundert, in: Tel Aviver Jahrbuch für deutsche Geschichte (2007) 35, S. 110-127.

33 Vgl. Christoph Butterwegge, Michael Klundt, Die Demografie als Ideologie und Mittel sozialpolitischer Demagogie? - Bevölkerungsrückgang, „Vergreisung“ und Generationengerechtigkeit, in: dies. (Hrsg.), Kinderarmut und Generationengerechtigkeit. Familien- und Sozialpolitik im demografischen Wandel, Opladen: Leske + Budrich ²2003, S. 59-80.

plausibilisierende Leistung sachhaltiger Argumente ersetzt. Die geläufige Beschreibung graphischer Darstellungen des gesellschaftlichen Altersaufbaus durch den Begriff der Urnenform scheint dieser alternden Gesellschaft dann nur noch das angemessene Wahrzeichen zu verleihen. Auf diese Weise lässt sich die Forderung nach einer altersabhängigen Rationierung angesichts der Mittelknappheit im öffentlichen Gesundheitssystem als reiner Sachzwang ausgeben, eine Art objektiver Notwendigkeit, zu der es im Grunde keinerlei Handlungsalternativen gibt. Dass sowohl die Ausgangslage selbst als auch ihre Veränderung politische Entscheidungen implizieren, die auch anders ausfallen könnten und insofern einer Rechtfertigung im Horizont leitender Wertorientierungen und alternativer Lösungswege bedürften, wird dagegen oft ausgeblendet.[34] Aus dem Blickwinkel einer Debatte, die die Problemstellung in das drastische Bild einer auf die Gesellschaft zurollenden Lawine kranker, gebrechlicher und hilfsbedürftiger Greise fasst, erscheint die Altersrationierung als ein Akt schlichter sozialpolitischer Notwehr.

So eindringlich die metaphorisch beschworenen demographischen Katastrophenszenarien wirken mögen, so dürftig erscheinen jedoch bei näherer Betrachtung die Belege und Argumente, auf die sie sich stützen könnten. Schon der üblicherweise unterstellte Zusammenhang von Lebensalter und Gesundheitskosten gilt als fragwürdig. Vieles deutet darauf hin, dass die Gesundheitsausgaben statistisch überhaupt nicht unmittelbar mit dem kalendarischen Lebensalter korrelieren, sondern mit der zeitlichen Nähe zum Tod.[35] Demnach fallen die höchsten Pro-Kopf-Kosten in den letzten beiden Lebensjahren an, unabhängig vom Alter. Dies erscheint ohne Weiteres plausibel, kommen hier doch oft in großem Umfang aufwändige intensivmedizinische Maßnahmen und Behandlungen zum Einsatz. Tatsächlich fallen diese Sterbekosten mit zunehmendem Alter sogar niedriger aus – je älter man stirbt, desto kostengünstiger stirbt man.[36] Was indes mit dem Alter unverkennbar ansteigt, sind Aufwendungen für Langzeitpflege. Freilich gibt es keine ernstzunehmenden Vorschläge, hier zu rationieren, zumal sich die Nähe zum Tod offenkundig nur retrospektiv ermitteln und somit kaum operationalisieren lässt und Einschnitte in diesem Bereich ohnehin kaum öffentlich zustimmungsfähig sein dürften.[37]

Außerdem sind auch die gesundheitsökonomischen Folgen der steigenden Lebenserwartung keineswegs klar abzuschätzen. In Abhängigkeit von den jeweiligen Annahmen zur künftigen Entwicklung der Altersgesundheit sind vielmehr ver-

---

[34] Vgl. Robert G. Evans, Illusions of necessity: Evading responsibility for choice in healthcare, in: Journal of Health Politics, Policy and Law 10 (1985) 3, S. 439-467.

[35] Vgl. Andreas Werblow, Stefan Felder, Peter Zweifel, Population Ageing and Healthcare Expenditure: A School of Red Herrings, in: Health Economics 16 (2007), S. 1109-1126.

[36] Vgl. ebd., S. 1124f.

[37] Vgl. Ezekiel Emanuel, Gesundheitsversorgung im Alter – die Perspektive eines liberalen Kommunitarismus, in: Georg Marckmann (Hrsg.), Gesundheitsversorgung im Alter. Zwischen ethischer Verpflichtung und ökonomischem Zwang, Stuttgart: Schattauer 2003, S. 203-217, hier insbes. S. 210f.

schiedene Zukunftsszenarien denkbar.[38] So unterstellt das Szenario der *Morbiditätsexpansion*, dass der Anstieg der durchschnittlichen Lebenserwartung mit einer entsprechenden zeitlichen Ausdehnung der von gesundheitlichen Beeinträchtigungen geprägten Lebensphase einhergehen wird, sodass der Anteil chronisch kranker, behandlungs- und pflegebedürftiger alter Menschen in Zukunft wachsen würde.[39] Dagegen geht das Szenario der *Morbiditätskompression* davon aus, dass sich im Zuge des Anstiegs der Lebenserwartung auch der Eintritt gesundheitlicher Beeinträchtigungen durch medizinische Prävention und Behandlung weiter ins höhere Alter hinausschieben lassen wird, sodass die hinzugewonnene Zeit überwiegend in guter Verfassung zugebracht würde und der teure gesundheitliche Niedergang in eine kurze Zeitspanne unmittelbar vor dem Tod fiele.[40] Neue Studien zeichnen vor diesem Hintergrund ein in vielen Hinsichten differenziertes Bild, verleihen aber aufs Ganze gesehen dem Szenario eines gesünderen Alterns zunehmend Plausibilität.[41]

VI. ‚Ein jegliches hat seine Zeit' – Altersbilder in der medizinethischen Diskussion

Auch in der medizinethischen Auseinandersetzung um Verteilungsgerechtigkeit und Altersrationierung im Gesundheitswesen lassen sich vielfältige Altersbilder nachweisen. Dabei zeichnet sich ihre Funktion und Wirksamkeit in der akademischen Diskussion ebenfalls vor allem dort ab, wo ausdrückliche Argumente an ihre Grenzen stoßen. Im Folgenden werden drei der wichtigsten und prominentesten medizinethischen Ansätze zur Begründung der Altersrationierung[42] kurz vorgestellt und unter diesem Gesichtspunkt eingehender betrachtet. Wie sich zeigen wird, spielen hier insbesondere normative Lebensverlaufskonzeptionen eine tragende Rolle, also moralisch gehaltvolle Vorstellungen bezüglich der zeitlichen Erstreckung und Verlaufsstruktur des menschlichen Lebens.[43]

---

[38] Vgl. Harry R. Moody, Four Scenarios for an aging society, in: Hastings Center Report 24 (1994) 5, S. 32-35.

[39] Vgl. Ernest M. Gruenberg, The failures of success, in: Milbank Memorial Fund Quarterly / Health and Society 55 (1977) 1, S. 3-24.

[40] Vgl. James F. Fries, Aging, natural death, and the compression of morbidity, in: New England Journal of Medicine 303 (1980) 3, S. 130-135.

[41] Vgl. James F. Fries, Bonnie Bruce, Eliza Chakravarty, Compression of Morbidity 1980–2011: A Focused Review of Paradigms and Progress, in: Journal of Aging Research 2011 doi:10.4061/2011/261702.

[42] Vgl. Markus Zimmermann-Acklin, Grenzen setzen? Altersrationierung und Gerechtigkeit im Gesundheitswesen, in: Silke Schicktanz, Mark Schweda (Hrsg.), Pro-Age oder Anti-Aging? Altern im Fokus der modernen Medizin, Frankfurt a.M./New York: Campus 2012, S. 215-230.

[43] Vgl. George J. Agich, Implications of aging paradigms for bioethics, in: David Weisstub, David Thomasma, Serge Gauthier, George F. Tomossy (Hrsg.), Aging: Culture, Health and Social Change, Dordrecht: Kluwer 2001, S. 15-28.

Der britische Philosoph und Bioethiker *John Harris* hat bereits 1985 das Argument der fairen Lebenszeit – „fair innings“[44] – formuliert, um die Forderung nach einer altersabhängigen Begrenzung medizinischer Leistungen plausibel zu machen. Das ihm zu Grunde liegende Bild stammt aus dem Sport, näherhin aus dem Cricket, wo ein Inning einen Durchgang bzw. eine Spielrunde bezeichnet, bei der das eine Team ‚an der Reihe ist‘, das heißt versuchen muss zu punkten, während das andere mit der Abwehr beschäftigt ist. Und tatsächlich hält sich Harris’ Argumentation in ihren Grundzügen weitgehend in dem damit vorgezeichneten metaphorischen Rahmen. Ihm zufolge steht es im Grunde jedem zu, eine volle Runde am Spiel des Lebens teilzunehmen, um ‚alles herauszuholen, was es hergibt‘.[45] Jemand, dem ein solcher voller Lebensdurchgang verwehrt bleibe, müsse demnach als benachteiligt betrachtet werden. Alle darüber hinaus gelebten Lebensjahre seien hingegen als ein erfreuliches Surplus, gleichsam als biographische Nachspielzeit zu betrachten. Sie dürften deshalb auch gestrichen werden, sofern anderweitig ein Bedarf entsteht. So sei es unter gewissen Bedingungen absolut zu rechtfertigen, Menschen, die ihre volle Lebensrunde noch nicht beendet haben, bei der medizinischen Versorgung gegenüber jenen zu bevorzugen, die sich bereits in der Verlängerung befinden.[46]

Das Argument scheint zunächst durchaus gewisse moralische Intuitionen auf den Punkt zu bringen: Würden sich nicht viele spontan der Meinung anschließen, dass es für die Bewertung eines Sterbefalls einen Unterschied macht, ob jemand sein ‚ganzes Leben‘ noch vor sich oder bereits hinter sich hat? Gewiss würde man wohl stutzen beim Anblick von Todesanzeigen, die 93-Jährige mit Formeln wie ‚viel zu früh von uns gegangen‘ oder ‚aus der Mitte des Lebens gerissen‘ verabschieden. Allerdings ergeben sich Schwierigkeiten bei der konkreten Begründung dieser Intuitionen. So steht eine Ungleichbehandlung in Abhängigkeit vom chronologischen Lebensalter zunächst einmal im Widerspruch zu dem egalitaristischen Grundzug modernen moralischen und politischen Denkens, wonach prinzipiell *alle* Menschen, ungeachtet ihrer jeweiligen Herkunft oder Eigenart, den gleichen moralischen Status und Wert und die gleichen Rechte und Pflichten haben. Schon die *Erklärung der Menschen- und Bürgerrechte* von 1789 hatte statuiert, „die Menschen werden frei und gleich an Rechten geboren *und bleiben es*.“[47] Bestimmten Personen bloß wegen des kontingenten Faktums ihres Geburtsdatums bzw. Lebensalters Rechte zu entziehen oder zu beschneiden, die allen anderen ohne Weiteres zugestanden werden, erscheint vor diesem Hintergrund ebenso willkürlich und ungerecht wie jedwede Diskriminierung auf Grund von Geschlecht, Rasse oder Glauben. Davon abgesehen stellt sich die Frage, wie Harris’ zentraler Begriff eines ‚kompletten Durchgangs‘ mit Blick auf die menschliche Lebensspanne überhaupt

[44] Vgl. John Harris, The Value of Life. An Introduction to Medical Ethics, London: Routledge 1985, S. 91f.

[45] Vgl. ebd., S. 93.

[46] Vgl. ebd., S. 94.

[47] Déclaration des Droits de l’Homme et du Citoyen, Paris 1789 [eigene Übersetzung und Hervorhebung].

konkretisiert oder quantifiziert werden kann. Die von ihm selbst genannte Zahl von 70 Jahren erscheint jedenfalls recht willkürlich. Immerhin beträgt die durchschnittliche Lebenserwartung heute 70-Jähriger in Deutschland für Männer bereits 13,89, für Frauen sogar 16,53 Jahre, Tendenz steigend.[48] Letzten Endes versteht sich bereits die zu Grunde liegende Vorstellung fixer Lebenszeitbudgets, mit denen sich in individualbiographischer Sicht planen und kalkulieren lässt und die in gerechtigkeitstheoretischer Perspektive gegeneinander aufgerechnet werden können, keineswegs von selbst. Noch vor knapp dreihundert Jahren bedingte das konstant hohe Sterblichkeitsrisiko entlang des gesamten Lebensverlaufs eine von tiefer Unsicherheit geprägte Sicht auf das menschliche Dasein, die sich etwa in der aus dem Mittelalter überlieferten Wendung aussprach, mitten im Leben seien wir vom Tode umgeben. Erst in unserem Zeitalter der ‚sicheren Lebenszeit' ist der Tod als Alterstod an den entfernten Endpunkt einer einigermaßen absehbaren, sich über acht Jahrzehnte erstreckenden Lebensbahn gerückt, sodass ein daran gemessen ‚vorzeitiger' Todesfall nicht nur als Unglück, sondern geradezu als eine Ungerechtigkeit erscheinen kann, die in den Zuständigkeitsbereich wohlfahrtsstaatlicher Lebenslaufpolitik und intergenerationeller Umverteilungsmaßnahmen fällt.[49]

Das von dem US-amerikanischen Bioethiker *Daniel Callahan* vorgebrachte Argument der natürlichen Lebensspanne – „natural lifespan" – mag dazu beitragen, die hier letztendlich leitenden normativen Überzeugungen und Erwägungen bezüglich des menschlichen Lebensverlaufs ein wenig weiter zu explizieren. Callahan löste Ende der 80er Jahre eine heftige Kontroverse aus, als er in seinem Band *Setting Limits. Medical Goals in an Aging Society* den grenzenlosen Machbarkeitswahn der modernen Medizin anprangerte und in diesem Zusammenhang für eine Begrenzung medizinischer Leistungen im hohen Alter plädierte.[50] Ihm zufolge müssen wir wieder lernen, Altern und Sterben als wesentlichen Teil des menschlichen Lebens anzuerkennen und bewusst in unsere Lebensgestaltung einzubeziehen, statt mit allen medizinischen Mitteln dagegen anzukämpfen.[51] Schließlich reiche die natürliche Lebensspanne von etwa 80 Jahren auch vollkommen aus, um ein gutes, erfülltes Leben zu führen.[52] Aus diesem Grund seien jenseits dieser Grenze auch keine aufwändigen medizinischen Maßnahmen zur Lebensverlängerung mehr zu befürworten, sondern vielmehr eine gute Schmerzbehandlung und pflegerische Versorgung.[53]

48 Vgl. Informationssystem der Gesundheitsberichterstattung des Bundes (http://www.gbe-bund.de/) (10.2.2013).

49 Vgl. Arthur E. Imhof, Von der unsicheren zur sicheren Lebenszeit. Fünf historisch-demographische Studien, Darmstadt: WBG 1988.

50 Daniel Callahan, Setting Limits. Medical Goals in an Aging Society [1987], with "A Response To My Critics", Washington D.C.: Georgetown University Press 1995.

51 Vgl. ebd., S. 57f.

52 Vgl. ebd., S. 64f.

53 Vgl. ebd., S. 118.

So sympathisch dieses Plädoyer für die Anerkennung der natürlichen Endlichkeit des menschlichen Lebens und der Grenzen des medizinisch Machbaren intuitiv erscheinen mag: Der Versuch einer begrifflich-argumentativen Explikation der betreffenden moralischen Intuitionen sieht sich erneut mit erheblichen Schwierigkeiten konfrontiert. So wird zunächst auch hier überhaupt nicht ersichtlich, warum Callahan die Obergrenze ausgerechnet bei 80 Jahren zieht. Er selbst ist heute 83 Jahre alt und hat es noch vor vier Jahren offenbar als durchaus sinnvoll und lohnenswert empfunden, sich einer siebenstündigen Operation am offenen Herzen zu unterziehen.[54] Diese Unstimmigkeit zwischen Leben und Lehre mag als Ausdruck einer charakterlichen Schwäche moralisch verurteilt werden.[55] Sie verweist allerdings auch auf eine Reihe grundsätzlicher *theoretischer* Probleme des Ansatzes. Zunächst einmal ist das zentrale Argument in dieser Form überhaupt nicht folgerichtig: Selbst wenn sich so etwas wie eine ‚natürliche Lebensspanne' tatsächlich objektiv angeben ließe, würden sich daraus unmittelbar keinerlei Konsequenzen für die Frage der Mittelverteilung im Gesundheitswesen ergeben. Aus der bloßen deskriptiven Feststellung einer Tatsache lassen sich nämlich ohne normative Zusatzannahmen keine normativen Schlussfolgerungen ziehen. Dass etwas der Fall ist, bedeutet nicht notwendig, dass es auch moralisch akzeptabel ist. In der Tat setzt Callahans Argumentation eine bestimmte Vorstellung von objektiven Rahmenbedingungen eines guten, gelingenden und erfüllten Lebens voraus, die seinen Ausführungen erst ihre Plausibilität verleiht. So erfordert ein solches Leben ihm zufolge zumindest ausreichend Zeit für die Vollendung zentraler Lebensprojekte und wesentlicher sozialer Aufgaben, etwa den beruflichen Aufstieg, eine erfüllte Liebesbeziehung, die Gründung einer Familie und die Erziehung der Kinder, die Zuwendung zu den Enkelkindern und schließlich Rückzug und Selbstbescheidung zu Gunsten nachwachsender Generationen.[56] In modernen, pluralistischen Gesellschaften sehen wir uns freilich mit einer Vielzahl unterschiedlicher Lebensentwürfe konfrontiert und betrachten ihre Entwicklung als eine höchst individuelle, persönliche Angelegenheit, bei der wir keine Vorschriften von außen gelten lassen müssen. Insofern erscheint es theoretisch wie praktisch nicht zulässig, eine bestimmte Vorstellung des guten Lebens kurzerhand zur Grundlage politischer Rationierungsentscheidungen zu machen, die allgemeine Verbindlichkeit beanspruchen können sollen.

Der US-amerikanische Bioethiker *Norman Daniels* hat im Ausgang von John Rawls einen dritten Ansatz zur gerechten Verteilung medizinischer Ressourcen entwickelt. Es handelt sich um eine liberalistische Konzeption, die sich unabhängig von konkreten Ideen des guten Lebens begründen lassen und damit auch in modernen, pluralistischen Gesellschaften allgemein verbindliche Geltung beanspru-

[54] Vgl. Peter Steinfels, In Debate Over Health Policy, Some Words Are Seldom Spoken, in: New York Times (15. August 2009).

[55] Vgl. Jim Pinkerton, Are All "Bioethicists" This Hypocritical? Or Just Daniel Callahan? Serious Medicine Strategy http://seriousmedicinestrategy.blogspot.de (16. August 2009).

[56] Vgl. Callahan, Setting Limits, S. 65f.

chen können soll. Rawls hatte im Rahmen eines Gedankenexperimentes dargelegt, dass rationale Akteure sich in Unkenntnis ihrer faktischen Eigenschaften und gesellschaftlichen Stellung, gleichsam hinter einem ‚Schleier des Nichtwissens', auf eine Gesellschaftsordnung einigen würden, die soziale und ökonomische Ungleichheiten nur unter den Bedingungen zulässt, dass erstens die am wenigsten begünstigten Mitglieder dadurch einen größtmöglichen Vorteil erhalten und zweitens alle die gleichen Chancen haben, in die relevanten Positionen zu gelangen.[57] Daniels argumentiert nun im Anschluss an das letztgenannte Prinzip der Chancengleichheit, dass auch gewisse gesundheitliche Bedingungen, die er mit Christopher Boorse unter dem Begriff der ‚normalen speziestypischen Funktionsfähigkeit' zusammenfasst, gegeben sein müssen, damit einer Person eine faire Bandbreite an Lebenschancen zur Verfügung steht.[58] Die Sicherung dieser normalen Funktionsfähigkeit wäre demnach die Aufgabe einer Gesundheitsversorgung, auf die sich im Prinzip alle Beteiligten und Betroffenen einigen können müssten, da sie die notwendige Bedingung für die Verwirklichung beliebiger Lebensentwürfe darstellt.[59]

Auch wenn Daniels aus dieser Grundkonstruktion zunächst keine direkten Schlussfolgerungen hinsichtlich einer Altersrationierung zieht, verhält sie sich doch keineswegs gleichgültig gegenüber dem Alter. Bei dem für seine Argumentation grundlegenden Begriff der ‚normalen Funktionsfähigkeit' handelt es sich nämlich um ein biostatistisches Konzept, das im Verhältnis zu den unterstellten Organismuszielen der Selbsterhaltung und Reproduktion sowie zu bestimmten altersbezogenen Referenzklassen bestimmt wird.[60] Für Menschen unterschiedlichen Alters ist demnach eine je andere Funktionsfähigkeit als normal zu betrachten. Das mag einerseits plausibel erscheinen; bei einem Kleinkind sind Sprachschwierigkeiten gewiss anders zu bewerten als bei einem Jugendlichen oder Erwachsenen. Allerdings wird mit der vorgängigen Definition der maßgeblichen Organismusziele und Altersgruppen zugleich bereits im Theoriedesign eine bestimmte Entwicklung der Funktionsfähigkeit über den menschlichen Lebensverlauf als normal vorausgesetzt. Beeinträchtigungen oder Ausfälle körperlicher und geistiger Fähigkeiten sind in diesem Rahmen prinzipiell nicht als pathologisch aufzufassen, solange sie dem statistischen Durchschnitt innerhalb der jeweiligen Altersgruppe entsprechen. Die Gesundheitsversorgung älterer Menschen hat sich mithin an anderen Normwerten zu orientieren als die der jungen, Daniels' Konzeption geht sozusagen von einem ‚natürlichen' Rückgang der Funktionsfähigkeit und der mit ihr verbundenen Möglichkeitsperspektiven im Laufe des Lebensprozesses aus. Die Bandbreite an Handlungsoptionen und Lebensaussichten, die wir einer Person zugestehen sollten, ist bei ihm gleichsam mit einem Altersindex zu versehen.

---

57 Vgl. John Rawls, Eine Theorie der Gerechtigkeit, Frankfurt a.M.: Suhrkamp 1975, S. 336.

58 Vgl. Norman Daniels, Just Health Care, Cambridge, Mass.: Cambridge University Press 1985, S. 31f.

59 Vgl. ebd., S. 33f.

60 Vgl. Christopher Boorse, Health as a Theoretical Concept, in: Philosophy of Science 44, S. 542-573, hier: S. 555.

Es entspricht dieser Grundkonzeption, dass Daniels in anderem Zusammenhang eine Altersrationierung unter gewissen Bedingungen durchaus für gerechtfertigt hält. Das dafür angeführte Argument der ‚klugen Lebensplanung' – der „prudential lifespan account" – fasst das Ausgangsproblem explizit nicht im Sinne einer gerechten Verteilung von Ressourcen zwischen verschiedenen Altersgruppen, sondern in dem ihrer sinnvollen Einteilung mit Blick auf die individuelle Lebensspanne.[61] Im Zuge eines Gedankenexperiments argumentiert Daniels, wenn wir die uns zur Verfügung stehenden Ressourcen über die eigene Lebensspanne verteilen müssten, ohne zu wissen, welche Lebenserwartung wir selbst haben und wo im Leben wir stehen, gebiete es die Klugheit, unsere Mittel so einzuteilen, dass der Großteil für die frühe und mittlere Lebensphase zur Verfügung steht.[62] Demnach müsste eine entsprechende Ressourcenverteilung auch allgemein nachvollziehbar und zustimmungsfähig sein. Bei näherer Betrachtung zeigt sich freilich, dass ein solches Kalkül nur dann wirklich klug erscheint, wenn man ein Bild des Lebensverlaufs zu Grunde legt, in dem es primär darauf ankommt, einen im Erwachsenenalter angesetzten Zenit zu erreichen, während vom höheren Alter letztlich nicht mehr viel zu erhoffen ist. Das entspricht dem traditionellen wohlfahrtsstaatlich organisierten Lebenslaufregime der klassischen Industriegesellschaft, in dem Jugend und Erwachsenenalter der individuellen, familiären und berufliche Entwicklung, Entfaltung und Selbstverwirklichung gewidmet sind, während das hohe Alter von biographischer Stagnation, sozialem Disengagement und Vorbereitung auf den nahenden Tod gekennzeichnet ist. Inzwischen mögen sich dem einen oder der anderen – in Anbetracht der gestiegenen Lebenserwartung und der verlängerten Altersphase, in Kenntnis des höheren Ressourcenbedarfs im späteren Leben sowie im Lichte gehobener Ansprüche an das Alter als biographischen Abschnitt – bei der Planung vollkommen andere Gewichtungen nahelegen.

V. Schluss und Ausblick

Diese Erwägungen unterstreichen die Rolle impliziter Altersbilder und normativer Konzeptionen des Lebensverlaufs in der Diskussion um die Altersrationierung und machen zugleich auf ihre innere Problematik und ihre unzulängliche Reflexion und Begründung aufmerksam. In der öffentlichen Debatte wird auf dürftigen empirischen und argumentativen Grundlagen mit Hilfe einer tendenziösen Bildsprache ein Sichtweise propagiert, die die wachsende Anzahl alter Menschen als gesellschaftliche Bedrohung, ja, als eine Naturkatastrophe darstellt und Maßnahmen wie die Altersrationierung als einzig möglichen Ausweg erscheinen lässt. Der medizinethische Diskurs zur Begründung einer solchen Rationierung bedient sich vielfach der traditionellen Vorstellung einer natürlichen Lebensspanne von 70 bis 80 Jahren

[61] Vgl. Norman Daniels, Am I My Parents' Keeper? An Essay On Justice Between The Young and The Old, New York, Oxford: Oxford University Press 1988, S. 40-65.
[62] Vgl. ebd., S. 86-91.

sowie des Bildes eines Lebensverlaufs, der eine aufsteigende und dann wieder abfallende Kurve beschreibt und sich in eine der Erziehung und Ausbildung gewidmete Kindheit und Jugend, ein von Erwerbstätigkeit und Reproduktion geprägtes Erwachsenenleben und eine kurze Altersphase im Zeichen von gesellschaftlichem Rückzug und gesundheitlichem Niedergang gliedert.

Diese traditionellen Bilder des Alters und des Lebensverlaufs im Ganzen verlieren an Boden. Lebenserwartung, Gesundheitszustand und Lebensqualität älterer Menschen haben sich in der westlichen Welt in den zurückliegenden Jahrzehnten grundlegend gewandelt und verbessert. Im Zuge dessen sind wir aus dem alten industriegesellschaftlichen Lebensverlaufsmuster mitsamt seinen institutionellen und strukturellen Manifestationen gleichsam herausgewachsen. Es mag noch die volkswirtschaftlichen Kalkulationen und ethischen Erörterungen zu Grunde gelegte Normbiographie prägen, entspricht aber immer weniger der gelebten Realität.[63] Zugleich sind auch unsere Lebensentwürfe für die gewonnenen Jahre im Wandel begriffen. Gegenwärtig erreicht eine Generation das Renteneintrittsalter, deren Erwartungen an das Alter sich kaum mehr von traditionellen Altersnormen begrenzen lassen werden. Schon heute deuten sozialwissenschaftliche Studien darauf hin, „dass die Mehrheit der ‚Baby-Boomer-Generation' jetzt und in Zukunft auf keinen Fall so altern will wie die eigenen Eltern."[64] Die neuen Leitbilder zeigen vitale und aktive alte Menschen, die Ansprüche auf individuelle Selbstverwirklichung und gesellschaftliche Teilhabe geltend machen. Vertreter der seit etwa 20 Jahren boomenden Anti-Aging-Bewegung entrüsten sich entsprechend, es stelle eine eklatante Ungerechtigkeit dar, einigen Personen bloß auf Grund ihres Geburtsjahrs und überholter Ansichten zur natürlichen Spanne und dem normalen Verlauf des menschlichen Lebens ein gleiches Recht auf Weiterleben, Wohlergehen und Selbstentfaltung abzusprechen.[65]

In dieser Lage hilft es nicht mehr weiter, überkommene Lebensverlaufsmuster zu natürlichen Gegebenheiten zu erklären. Stattdessen hat sich die ethische Reflexion den angesprochenen Altersbildern und Lebensverlaufsmodellen ausdrücklich zuzuwenden und auf eine systematische Auseinandersetzung über ihre Bedeutung und Berechtigung hinzuwirken. Dabei ist ihre Aufgabe zunächst eine *kritische*: Sie muss stillschweigend vorausgesetzte Altersstereotype aufdecken und so einer argumentativen Erörterung zugänglich machen. Freilich greifen hier all jene Ansätze entschieden zu kurz, die etwa den Forderungen nach einer Altersrationierung kurzerhand ein betont positives Bild des Alters sowie fitter, jugendlicher und leistungsfähiger älterer Menschen entgegenhalten. Denn zum einen bekräftigt eine

---

63 Vgl. Matilda W. Riley, John W. Riley, Jr., Longevity and social structure: The added years, in: Daedalus 115 (1986), S. 51-75.

64 Frank Ruff, Perspektiven zum zukünftigen Wandel gesellschaftlicher (Leit-)Bilder des Alterns, in: Josef Ehmer, Otfried Höffe (Hrsg.), Bilder des Alterns im Wandel, Stuttgart: Wissenschaftliche Verlags-Gesellschaft 2009, S. 173-190, hier: S. 178.

65 Vgl. Aubrey de Grey, Reasons and Methods for promoting our duty to extend healthy life indefinitely, in: Journal of Evolution and Technology 18 (2008) 1, S. 50-55.

solche Argumentation indirekt letztlich nur jenes fragwürdige Solidaritätsverständnis, nach dem einer Person *gerade auf Grund ihrer Vulnerabilität und Hilfsbedürftigkeit* die solidarische Unterstützung zu verwehren wäre. Und zum anderen erweist sich das ihr zu Grunde gelegte Altersbild am Ende auch als mindestens ebenso einseitig, von praktischen Interessenlagen bestimmt und damit ideologisch wie das der Gegenseite.[66]

Statt ein einseitiges Altersbild bloß je nach Standpunkt und Bedarf durch ein anderes zu ersetzen und die Wertvorzeichen des ethischen Diskurses einfach entsprechend ‚umzupolen', scheint eine grundsätzliche Verständigung darüber erforderlich, was es überhaupt bedeutet, alt zu werden und zu sein. Dabei erhält die Beschäftigung mit dem Altern über die besagte ideologiekritische Funktion hinaus die *konstruktive Aufgabe*, einen angemessenen begrifflich-konzeptionellen Rahmen zu entwickeln, der der Bedeutung normativer Konzeptionen des Lebensverlaufs für die Erörterung medizinethischer und gesundheitspolitischer Fragen besser gerecht wird. Einen ersten Ansatz hierzu bietet die Life Course-Perspektive der Alterssoziologie. Sie untersucht das menschliche Leben als eine durch soziokulturelle Vorgaben strukturierte und gegliederte Abfolge von Phasen, Stadien oder Stufen, die jeweils mit einem bestimmten gesellschaftlichen Status sowie mit spezifischen Rollen, Handlungsmöglichkeiten und Verhaltenserwartungen verknüpft sind, welche individuell angeeignet und internalisiert werden und als eine Art ‚innere Uhr' einen normativen Orientierungsrahmen individueller Handlungs- und Lebensentscheidungen bilden.[67] Sofern Ethik als Erörterung faktisch gelebter moralischer Orientierungen im Hinblick auf ihre Geltung und Begründung zu verstehen ist, hat sie sich dieses bislang vernachlässigten Bereichs biographischer Normen anzunehmen und ihn einer systematischen empirischen Bestandsaufnahme, theoretischen Analyse und normativen Reflexion zu unterziehen.

Dabei weisen diese Überlegungen in mindestens zweifacher Hinsicht über den hier diskutierten konkreten Kontext der Altersrationierung hinaus. Erstens kommt ihnen nämlich auch eine Bedeutung für die Rationierungsdebatte im Allgemeinen zu. Vieles spricht dafür, dass sich eine Begrenzung der öffentlichen Gesundheitsversorgung nicht vermeiden lässt. Auch wenn das Lebensalter kein geeignetes Kriterium für eine solche Grenzziehung darstellen mag, so verweist seine Diskussion doch auf die zentrale Rolle von Vorstellungen des guten Lebens in diesem Zusammenhang. Wenn und sofern Rationierung nicht willkürlich geschehen soll, muss sie auf eine begründete Priorisierung medizinischer Leistungen Bezug nehmen und dafür einen Maßstab des Wichtigen und Vorzugswerten in Anschlag bringen. Dabei gibt es gute Argumente für die Annahme, dass solche Entscheidungen letztlich immer nur im Hinblick auf eine bestimmte Vorstellung des guten

[66] Vgl. Stefan Lessenich, Silke van Dyk (Hrsg.), Die Jungen Alten, Analyse einer Sozialfigur, Frankfurt a.M./New York: Campus 2009.

[67] Vgl. Gunhild O. Hagestad, Bernice L. Neugarten, Age and the Life Course, in: Robert H. Binstock, Ethel Shanas (Hrsg.), Handbook of Aging and the Social Sciences, New York: Van Nostrand Reinhold 1985, S. 46-61.

Lebens getroffen werden können, in deren Horizont sich angeben lässt, was im Einzelnen wichtig bzw. vorzugswert ist.[68]

Zweitens wäre der Vermutung nachzugehen, dass normative Konzeptionen des menschlichen Lebens in seinem Verlauf nicht nur in der gerechtigkeitstheoretisch ausgerichteten Rationierungsdebatte, sondern auch in vielen anderen medizinethischen Auseinandersetzungen eine Rolle spielen. Wo immer eine gewisse Verlaufsstruktur und Segmentierung des menschlichen Lebens implizit vorausgesetzt wird oder ein bestimmtes Bild einer Lebensphase und der mit ihr verbundenen Erfüllungsperspektiven und Rechte und Pflichten im Spiel ist, kann und muss nach dem konkreten Gehalt und der Begründung dieser Annahmen gefragt werden. Das betrifft nicht nur medizinethische Erörterungen rund um das gewissermaßen ‚andere Ende' des Lebens, die Kindheit und Jugend, die ebenfalls häufig von spezifischen normativ gehaltvollen Vorstellungen gelungener Entwicklung und altersgemäßen Verhaltens geprägt sind. Es gilt vielmehr für die Medizinethik insgesamt, deren Ausführungen oft stillschweigend und wie selbstverständlich ein ganz bestimmtes, sehr punktuelles Bild des Erwachsenendaseins und seiner altersspezifischen Perspektiven, Fähigkeiten und Anforderungen als Normalfall menschlichen Denkens, Handelns und Lebens überhaupt zu Grunde legen.[69]

[68] Vgl. Mark Schweda, Georg Marckmann, How do we want to grow old? Anti-aging medicine and the scope of public healthcare in liberal democracies, in: Bioethics [Online first: DOI: 10.1111/j.1467-8519.2012.01960.x].

[69] Vgl. Mark Schweda, Ethik für eine alternde Gesellschaft? Die Diskussion um die Würde des alten Menschen zwischen Autonomie und Fürsorge, in: Heike Baranzke, Gunnar Duttge (Hrsg.), Würde und Autonomie als Leitprinzipien der Bioethik. Grundzüge einer moralphilosophischen Verständigung, München: Beck 2013 [im Erscheinen].

Wenn die sprachliche Hilflosigkeit flüchtend zur Technik greift – Für eine neue Kultur der Besonnenheit am Ende des Lebens

Prof. Dr. med. Giovanni Maio

I. Einleitung

Wir leben in einer Zeit, in der nichts mehr selbstverständlich ist. Es ist heute nicht mehr einfach selbstverständlich, dass man in der Medizin zu allererst zu helfen hat; es ist nicht mehr selbstverständlich, dass man auch dann zu helfen versucht, wenn man nicht genau weiß, ob der Versuch auch glücken wird. In einer Zeit, in der alle Bereiche des Lebens ökonomisiert werden, ist die Hilfe kein Selbstzweck, sondern sie ist nur noch Mittel zu einem ökonomisch definierten Zweck. Eine naturwissenschaftlich orientierte, rechnende Medizin wird im Schulterschluss mit einer berechnenden Ökonomie dazu verleitet, nicht mehr bedingungslos zu helfen, sondern doch lieber nach vorgegebenen Rastern und Listen, nach Listen von Maßnahmen, die in eine hierarchische Ordnung gebracht werden, im Sinne dessen, dass man im Vorhinein festlegt, welche Maßnahme wichtiger ist als die andere. Man wird sukzessive angeleitet, nicht mehr fraglos, sondern berechnend zu helfen und jene Form der Hilfe dann von vornherein auszuschließen, von der man sagen kann, dass sie weniger notwendig sei als die andere. Was aber ist notwendiger? Wer zum Beispiel für Priorisierung ist, sagt gleichzeitig, dass er dafür ist, dass man die Notwendigkeit genau berechnet und ein Raster entwickelt. Aber kann man Notwendigkeit wirklich berechnen? Anders gefragt: Kann man Notwendigkeit tatsächlich in Zahlen gießen? Hat Notwendigkeit nicht mehr mit moralischen Werten zu

tun als mit Zahlen? Und wie lassen sich moralische Werte in Zahlen überführen? – Treten wir zunächst dieser Frage einmal näher und fragen danach, wie man onkologischen Patienten helfen kann.

II. Die Notwendigkeit setzt eine Festlegung des Behandlungszieles voraus

Eine Behandlung ist nur dann als notwendig anzusehen, wenn sie als nützlich gelten kann. Ist eine Behandlung nicht nützlich, so ist sie nicht nur nicht notwendig, sondern in aller Regel gar sinnlos. Wann aber ist eine medizinische Maßnahme nützlich? Zunächst einmal muss bedacht werden, dass die Nützlichkeit immer nur in Bezug auf ein bestimmtes Ziel evaluiert werden kann. Ob eine Behandlung medizinisch nützlich ist oder nicht, hängt davon ab, welchem Ziel sie dienlich sein soll und ob dieses Ziel ein anerkanntes Ziel (der Medizin) darstellt. Es geht also um eine Festlegung darüber, welcher Endzustand erstrebenswert ist. Beispielsweise wäre zu fragen: Wie lange ist das Ziel der Lebensverlängerung auf der Intensivstation ein sinnvolles Ziel? Die Beantwortung dieser Frage ist nicht leicht, weil die Feststellung einer Nützlichkeit hier eben gleichzeitig bedeutet, dass man ein ganz bestimmtes Konzept des guten Lebens voraussetzt. Nützlich ist eben etwas immer nur in Bezug auf ein bestimmtes Lebensziel. Da es aber vollkommen verschiedene Lebensziele gibt, ist es nicht einfach, von einer Maßnahme einfachhin zu sagen, sie sei nützlich. Sie ist eben immer nur nützlich unter der Bedingung, dass das Konzept des guten Lebens, das dieser Evaluierung meist nur implizit zugrunde liegt, verallgemeinert werden kann. Welches Konzept des guten Lebens kann aber verallgemeinert werden? Schon die Nützlichkeit bezogen auf die Verlängerung des Lebens kann nicht einfach verallgemeinert werden. So manch ein Mensch würde den Tod dem Weiterleben vorziehen, andere würden alles versucht haben wollen, weil ihnen das Lebenkönnen als absoluter Wert erscheint.

Um in einem allgemein verbindlichen Sinn festzulegen, was nützlich ist, bedarf es einer Einigung darüber, was gemeinhin als relevantes Gut anerkannt werden soll. Für die Definition eines solchen relevanten Gutes, auf das hin die Medizin sich ausrichten soll, kann nicht allein die je individuelle Präferenz ausschlaggebend sein. Vielmehr bedarf es einer allgemeinen Übereinkunft in zwei Fragen: 1. Ist das angestrebte Gut ein gesellschaftlich relevantes und gemeinhin erstrebenswertes Gut? 2. Ist das als gemeinhin erstrebenswert anerkannte Gut auch ein medizinisch relevantes Gut? Doch selbst wenn ein erstrebenswertes und zugleich medizinisches Behandlungsziel nach allgemeiner Auffassung vorliegt, kann dennoch nicht alles, was zur Erreichung dieses Ziels vorgenommen wird, automatisch auch als notwendige Maßnahme klassifiziert werden. Dazu muss erst eine weitere Bedingung erfüllt sein, nämlich die Zweckmäßigkeit der Mittel.

III. Notwendigkeit setzt Zweckmäßigkeit voraus

Zweckmäßig ist eine medizinische Maßnahme dann, wenn sie geeignet ist, den behandlungsbedürftigen Zustand zu beheben oder zumindest zu lindern. So weit scheint alles klar zu sein. Und doch gibt es auch hier große Schwierigkeiten in der konkreten Bestimmung, denn bei einer entsprechenden Beurteilung wäre jederzeit auch zu prüfen, ob möglicherweise andere, außerhalb des eng verstanden Medizinischen liegende – etwa psychologische, soziale oder seelsorgerische – Maßnahmen für dieselben Zwecke besser geeignet und insgesamt erfolgversprechender sein könnten. Schwierig ist auch die Frage, wie hoch die Wahrscheinlichkeit sein muss, mit der die gewünschte Wirkung eintritt. In rechtlicher Hinsicht hat man sich hier auf die Formulierung der „nicht nur ganz geringen Erfolgaussicht" geeinigt [2, S. 14].

Auch die Festlegung der Mittel hängt nicht allein von naturwissenschaftlichen Fakten ab. Sie erfordert vielmehr eine Festlegung darüber, welchem Welterklärungsmodell man sich anschließen möchte. Die moderne Medizin möchte sich gerne als eine angewandte Naturwissenschaft verstehen, aber sie übersieht, dass sie in der Optik der Naturwissenschaften das, was den Menschen ausmacht, schon methodisch ausblendet. Wenn wir nun sagen, nur solche Methoden sollen gelten, die einer naturwissenschaftlichen Beweisführung zugänglich sind, dann sagen wir nichts anderes, als dass wir die Nützlichkeit von Maßnahmen nur innerhalb eines naturwissenschaftlichen Menschenbildes bestimmen wollen und alle anderen Welterklärungsmuster vollkommen ausklammern. Beispiel: Jeder Mensch, der ein bisschen nachdenklich ist, weiß, dass schon die Begegnung mit einem vertrauenswürdigen Menschen eine heilsame Wirkung entfalten kann. Jeder Mensch, der ein bisschen Distanz zum naturwissenschaftlichen Denken hat, weiß – und ahnt nicht nur – er weiß, dass das eigene Leiden allein durch das Dasein eines anderen wohlgesinnten Menschen gelindert werden kann. Der nachdenkliche Mensch weiß das. Der naturwissenschaftlich geprägte Mediziner von heute weiß das nicht mehr. Er meint, erst dann wissen zu können, wenn er wissenschaftliche Belege dafür findet. Und die wissenschaftlichen Belege dafür sollen vor allen Dingen in Form von Zahlen geliefert werden. Wenn diese Zahlen nicht generiert werden könnten, dann wäre die heilsame Wirkung der Persönlichkeit nicht gegeben, und dann wäre die Persönlichkeit dementsprechend auch nicht mehr notwendig. Wenn wir nun bedenken, dass der naturwissenschaftlich geprägte Arzt über seine Wahl der Nachweismethoden bereits einen engen Horizont der Welt für sich ausgeschnitten hat, dann wird deutlich, dass das, was heute als nützlich – und somit als notwendig – angesehen wird, eben nur innerhalb des engen naturwissenschaftlichen Horizonts tatsächlich so gesehen werden kann.

IV. Helfen unter Vorbehalt

Wenn wir dies vor Augen haben und die zahlenorientierte moderne Medizin mit der rechnenden Ökonomie zusammenbringen, werden wir sofort erkennen, dass heute all das für unnötig angesehen wird, wofür man keine Zahlen liefern kann. Wir werden sofort erkennen, dass in einer Zeit, in der nichts mehr selbstverständlich ist, das gestern noch Selbstverständliche heute wegrationalisiert zu werden droht, wenn man das enge Denkschema der Disziplinen Naturwissenschaft und Ökonomie nicht zu durchbrechen sich traut. Wenn wir aber nun in diesem Denkschema verharrend Prioritätenlisten erstellen wollen, so werden wir Zug um Zug genau jene Maßnahmen abschaffen, die zwar jedem nachdenklichen Menschen als selbstverständlich anmuten, die aber der rechnenden Medizin durch die Maschen der Evidenz fallen. Schlimmer noch: Man wird im Zuge der Priorisierung zuerst genau den Patienten die Maßnahmen wegnehmen, bei denen eine Besserung der Symptomatik entweder schwieriger oder unwahrscheinlicher wäre. Das heißt nichts anderes, als dass über die Priorisierung letzten Endes die Zahl das Sagen hat und nicht mehr die auf Singularität ausgerichtete Entscheidung des betreuenden Arztes. Man würde also ein Diktat der Zahl etablieren, und das Diktat der Zahl kennt keine Qualitäten, sondern allein Quantitäten. Die Quantität an zu gewinnenden Jahren, die Quantität an belegbarer Besserung, die Quantität der dafür aufzuwendenden Mittel und Ressourcen. Die Priorisierung setzt ein Aufrechnen voraus, ein Aufrechnen von Lebenszeit zu Aufwand, ein Aufrechnen von Summe der Lebensqualität zu Summe der aufgebrachten Mittel. Aus der Selbstverständlichkeit des Helfens würde ein Helfen nach Kalkül, ein Helfen nach Berechnung, ein Helfen unter Vorbehalt, unter dem Vorbehalt, dass es sich auch lohnt zu helfen, unter dem Vorbehalt, dass das Ausmaß des Helfens eine bestimmte Schwelle überschritten hat. Somit würden wir stillschweigend Situationen in Kauf nehmen wollen, in denen wir zwar helfen könnten, aber nicht helfen wollen, weil es sich nicht rechnen würde. Wir könnten helfen, wollten aber nicht, weil wir berechnen, weil wir berechnend auf den kranken Menschen zugehen.

Der größte Verlust einer Einführung der Priorisierung wäre der Verlust der Selbstverständlichkeit, mit der wir sagen: Wir wollen kranken Menschen helfen. Dies aber steht im Widerspruch zu dem, worauf der Patient vertraut [1]. So wird ein von Krankheit bedrohter Patient immer Grund zu der Hoffnung haben wollen, dass ab dem Moment, da er krank ist, er sicher sein kann, dass man ihm helfen wird, ihm helfen, allein weil er hilfsbedürftig ist. Wenn er aber erst einmal gemustert werden wird, bevor man sich entscheidet, ob man ihm helfen soll oder nicht, wenn er erst dieser berechnenden Prozedur unterzogen würde und somit erst einmal einen Beleg der „Rentabilität" mitliefern müsste, damit man ihm hilft, dann hätte dieser Patient das Grundvertrauen in den sozialen Charakter der Medizin verloren. Natürlich muss man verhindern, dass sinnlose Behandlungen vorgenommen werden, und wenn sie eindeutig sinnlos sind, dann ist das keine Priorisierung, wenn man sie unterlässt, sondern die Unterlassung entspricht

schlichtweg ärztlicher Kunst. Schwierig sind aber die Grenzbereiche zwischen eindeutig sinnvollen und nicht mehr ganz eindeutig sinnlosen Behandlungen.

V. Schematisierung statt Singularität

Beziehen wir diese allgemeinen Überlegungen nun auf den Problembereich der Behandlung von unheilbaren Patienten. Würde man die Priorisierung als probates Mittel akzeptieren, müsste man z.B. fragen, wie viel die Behandlung eines Patienten kosten dürfe, die mit großer Wahrscheinlichkeit das Leben nur um sehr kurze Zeit verlängerte. Man müsste genau benennen, und zwar in einer schematischen Weise, ab welcher Zahl die Behandlung nicht sein dürfe. Die Zahl aber wird nie genau den Punkt treffen, an dem ein Arzt in Kenntnis der Gesamtsituation vernünftigerweise entscheiden würde, auf eine Behandlung zu verzichten. Die arithmetisch bestimmte Zahl wird immer zu abstrakt sein, als dass sie dem Angemessenen entspräche, die die Einzelsituation nahelegt. Patientengeschichten sind immer einzigartige Geschichten, für die es eben gerade deswegen eines erfahrenen und kenntnisreichen Arztes bedarf, um die Komplexität und Singularität des Patienten adäquat zu erfassen und um daraus eine auf den Einzelfall abgestellte, singuläre therapeutische Entscheidung zu fällen. Wenn nun Prioritätenlisten zählen sollen, dann bedeutet dies eine Abwertung dieser ärztlichen Beurteilungserfahrung und eine damit verbundene Übergordnetheit der Zahl vor dem erfahrungsgesättigten ärztlichen Urteil.

Vor diesem Hintergrund besteht der Hauptkonflikt zwischen Medizin und Ökonomie also darin, dass die Medizin von ihrem Grundverständnis her der singulären Sorge für den Kranken verpflichtet ist, die Ökonomie hingegen schematisiert die Maximierung des Nutzens verfolgt. Diese Zielsetzungen sind nur bis zu einem gewissen Grad miteinander vereinbar. Wenn der Nutzen abnimmt und gleichzeitig die Kosten steigen wie z.B. bei unheilbar kranken Patienten, wird der Ökonom dazu tendieren, Therapien zu begrenzen. Die Medizin als Heilkunde aber wird sich so lange um den Patienten bemühen, wie auch nur eine leise Hoffnung auf Verbesserung der gesundheitlichen Lage besteht. Ein rein ökonomisches Kalkül beschränkt sich darauf, die Kosten gegen den Nutzen aufzurechnen; ein medizinisches Vorgehen orientiert sich hingegen vorrangig an der Wahrscheinlichkeit, mit der noch ärztliche Hilfe möglich ist. Hier entstehen Zielkonflikte. Würde die Medizin nicht mehr dem medizinisch Notwendigen folgen, sondern allein die ökonomische Effizienzfrage stellen, so müsste sie zuerst den Schwerstkranken und Behandlungsbedürftigsten mögliche Hilfe versagen, weil bei diesen die Effizienz des Gütereinsatzes besonders ungünstig ist.

VI. Kosten-Nutzen-Analysen benachteiligen diejenigen, die nicht benachteiligt werden dürfen

Die Gefahr der Einbürgerung eines solchen, rein utilitaristischen Denkens in die Medizin ist nicht zu unterschätzen, da dies unterschwellig und peu à peu geschieht. Nähme man beispielsweise nur jene Lebensjahre, die man in guter Qualität noch weiterleben kann, als Kriterium für den medizinischen Nutzen, benachteiligte man automatisch diejenigen Patienten, die schwerstkrank oder sehr betagt sind, weil man bei ihnen weniger Jahre in „guter Qualität" erzielen könnte. Daher ist die Ausbreitung rein utilitaristischen Denkens durchaus gefährlich für die Medizin, weil dieses Denken die Medizin davon abbringen könnte, das zu tun, wofür sie eigentlich da ist: den in größter Not sich Befindenden und damit Schwächsten helfend zur Seite zu stehen.

Mit diesen Hinweisen soll verdeutlicht werden, dass der Arzt seine ureigene Aufgabe, nämlich Anwalt des Patienten zu sein, nicht der Ökonomie überlassen kann, denn die Ökonomie ist immer nur Anwalt der guten Bilanzen, und das ist nicht immer gleichbedeutend mit dem Anwalt des Patienten. Und je mehr die Ärzte dem ökonomischen Denken folgen, desto mehr werden eben auch sie Anwälte ihrer Klinik, Anwälte der politischen Erwartung sein, aber nicht mehr zuerst Anwälte ihrer Patienten.

Insofern plädiere ich dafür, die Frage, wie man dem einzelnen Patienten gerecht wird, nicht Prioritätenlisten zu überlassen. Vielmehr muss man eben die politische Verantwortung dafür übernehmen, dass bestimmte Medikamente, wenn sie nicht ausreichend effektiv sind, nicht von der Solidargemeinschaft finanziert werden können; wenn sie nicht ausreichend effektiv sind, bedeutet dieser Verzicht dann keine Rationierung, sondern stellt eine notwendige Strategie zur Vermeidung von Verschwendung dar. Wenn aber ein Medikament nachgewiesenermaßen einen Effekt hat, dann ist es zwar möglich, rein politisch eine Vorenthaltung zu verordnen, aber diese Vorenthaltung, die in diesem Fall dann einer klare Rationierung wäre, steht unter großem Rechtfertigungsdruck, weil man zu deren Legitimierung nachweisen müsste, dass – bevor die Rationierung kommt – alle Rationalisierungsreserven ausgeschöpft wären. Und man müsste nachweisen, dass es vernünftig ist, gerade an dieser Patientengruppe zuerst zu sparen.

Die politische Verordnung eines Verzichts kann immer nur zuerst dem starken Patienten zugemutet werden. Es wäre ungerecht, den Verzicht zuerst den schwächsten Gliedern zuzumuten. Gerade onkologische Patienten gehören zu den besonders vulnerablen Patienten, weil es bei ihnen immer um alles geht. Wenn ökonomische Erwägungen dazu führen, dass diesen Patienten nicht geholfen wird, obwohl man ihnen helfen könnte, hat das mit vernünftigem Einsatz von Ressourcen nicht mehr viel zu tun. Nehmen wir das Beispiel der personalisierten Medizin: Wenn man über entsprechende Biomarker herausfinden kann, wo sich ineffektive Therapien vermeiden lassen, ist das in jedem Fall ein Gewinn und politisch zu unterstützen. Hier eine Rationierungsentscheidung zu fällen, nur weil

die Medikamente oder die Gentests dazu sehr teuer wären, erschiene irrational. Vielmehr muss man doch eher darauf achten, dass im Zuge der „personalisierten" Medizin nicht ganze Patientengruppen von vornherein ausgeschlossen werden. Das berechnende Denken wird dazu führen, dass man immer mehr nur noch dort behandeln wird, wo große Erfolge sichtbar gemacht werden können. Und dieser Trend ist gefährlich, vor allem für onkologische Patienten im fortgeschrittenen Stadium. Es wäre also eher ein Auftrag, für die Non-Responder entsprechende Alternativen zu ermöglichen als die Medikamente für die Responder zu rationieren.

VII. Verschwendung durch eine sprachlose naturwissenschaftliche Medizin

Vor diesem Hintergrund darf die Medizin und gerade die Onkologie die Augen nicht davor verschließen, dass sie oft Ressourcen verschwendet. Viel zu spät kommt oft das ernste Gespräch über den nicht abwendbaren baldigen Tod, viel zu häufig ist es die latente Sprachlosigkeit einer vornehmlich auf Verfahren und Technik orientierten modernen Medizin, die zur Entscheidung für eine neue Chemotherapie führt. Oft, viel zu oft flüchtet man in die Chemotherapie, um dem Gespräch auszuweichen. Und dies selbst dann, wenn die Ärzte alle wissen, dass die Chemotherapie wenig oder gar nichts bewirken wird. Das ist der eigentliche Ort der Verschwendung, der nicht sein darf, nicht nur weil das wertvolle Ressourcen sind, sondern vor allen Dingen, weil man auf diese Weise viele Patienten in einer trügerischen Hoffnung verharren lässt und ihnen die Chance versagt, im bewussten Angesicht des nahenden Todes tatsächlich ihren Tod zu sterben.

Aus all dem Gesagten ergibt sich die Schlussfolgerung, dass eine Priorisierung in der Onkologie nicht der geeignete Weg ist. Eine solche Priorisierung würde nur zu einer inakzeptablen Zwei-Klassen-Medizin führen und würde das Grundvertrauen in die Medizin erschüttern. Erst recht ist jede Form der Rationierung in der Onkologie abzulehnen. Wo die Medizin helfen kann, muss sie das auch tun. Aber wir brauchen ein komplett neues Denken in der Medizin. Ein Denken, das den ganzen Menschen in den Mittelpunkt stellt, eine Medizin, die sich nicht nur als technische Medizin versteht, sondern als eine Beziehungsmedizin, die genau weiß, wo die teuren Waffen gegen den unbezwingbaren Krebs schweigen müssen und es Zeit wird, sich Zeit zu nehmen für ein Gespräch. Eine sprechende Medizin wird es am ehesten schaffen, unnötige teure Behandlungen zu vermeiden, weil allein über das Sprechen der Mensch erahnen kann, dass ein gutes Sterben nicht realisiert werden kann, wenn man noch im Sterbebett gegen den Krebs kämpfen möchte. Eine sprechende Medizin könnte es schaffen, dass viele Patienten ab einem unumkehrbaren Punkt dann Frieden schließen können mit ihrer Krankheit und dadurch bereit werden, die Grenzen des Machbaren anzuerkennen und den Tod als Teil der eigenen Lebensgeschichte anzunehmen. Humane Medizin bedeutet, sich des Patienten in einer so umfassenden Weise anzunehmen, dass dieses Anfreunden

möglich wird. Je mehr die Medizin aus einer Hilflosigkeit heraus in die Technik flüchtet, desto mehr wird sie auch den Patienten in die Obsession treiben, sich mit allen Mitteln gegen die Krankheit und das Sterbenmüssen zu wehren. Eine solche Obsession bahnt am Ende auch irrationalen Chemotherapieentscheidungen den Weg und stellt daher eine extreme Form der Verschwendung dar.

Die Krise der hohen Ausgaben am Lebensende ist daher keine Krise des technischen Erfolges, sondern auch und vor allem eine Krise des verloren gegangenen Augenmaßes, eine Krise, in der der moderne Mensch sich auf die technologische Lösung versteigt, weil ihm keine Alternative ernsthaft vermittelt wird. Die extremen Ausgaben am Lebensende sind daher auch als Ausdruck einer Unbeholfenheit, ja gar einer Hilflosigkeit im Umgang mit den letzten Fragen zu deuten. Würde man diese Hilflosigkeit auffangen und in eine Grundhaltung der weisen Anerkenntnis der Grenzen ummünzen, so würde die Medizin automatisch zu einer neuen Besonnenheit zurückfinden, die dann auch die teuren Verfahren nur in vernünftiger Weise und in dafür geeigneten Situationen zur Anwendung bringen würde. Die moderne Medizin befindet sich daher in einer Krise der Grundhaltungen, der Grundhaltung der Machbarkeit und der Ablehnung jeglicher Grenze. Die moderne Medizin muss sich wieder mit Grenzen anfreunden lernen, aber nicht primär mit der Grenze des Finanzierbaren, sondern mit der Grenze der technisch-naturwissenschaftlichen Lösung. So bleibt der Medizin zu wünschen, dass sie gerade in Zeiten der Ökonomie umso entschiedener zu dieser ihrer Identität steht, dass Medizin nicht nur eine Macherin sein kann, sondern in gleich zentraler Weise eine bedingungslose Begleiterin, gerade dann, wenn scheinbar nichts mehr zu machen ist und doch das Entscheidende noch realisiert werden kann, nämlich einfach da zu sein, da zu sein als Zuwendung, da zu sein als Trost. Die schlimmste der Rationierung in der Onkologie ist daher die Situation, in der bedingt durch die Beschleunigung aller Abläufe in einer durchrationalisierten Klinik am Ende genau diese trostspendende Zuwendung mit wegrationalisiert werden wird.

Literatur

1. Maio G. Mittelpunkt Mensch: Ethik in der Medizin. Stuttgart: Schattauer 2012

2. Ratajczak T. Der Behandlungsanspruch des Patienten aus juristischer Sicht. In: Arbeitsgemeinschaft Rechtsanwälte im Medizinrecht e.V. (Hrsg): Medizinische Notwendigkeit und Ethik. Berlin: Springer 1999: 5–20.

„When not all services can be offered to all patients“[1] – Ethische Überlegungen zur Finanzierung medizinischer Maßnahmen bei Patienten am Lebensende

Priv.-Doz. Dr. theol. Markus Zimmermann-Acklin

I. Einleitung und Problemstellung

Viele Menschen sterben heute im hohen Alter und nach längerer chronischer Erkrankung. Dies ist zumindest in den Hochlohnländern der Welt zunehmend der Fall. Der medizinische Fortschritt beispielsweise in den Bereichen der Herzchirurgie, Intensivmedizin und Onkologie ermöglicht es, menschliches Leben selbst unter sehr prekären Bedingungen zu erhalten oder das Sterben hinauszuzögern, so dass nicht selten schwierige Entscheidungen über den weiteren Therapieverlauf zu fällen sind. Obgleich im Rahmen der ethischen Auseinandersetzung mit heiklen Lebensende-Entscheidungen die Sicherung der Selbstbestimmung von Patientinnen und Patienten sowie Fragen nach Sinn und Nutzen weiterer Behandlungen im Zentrum der Aufmerksamkeit stehen, ist in den letzten Jahren mit zunehmenden Kostendruck auch eine Sensibilität für die heiklen Aspekte der Verteilungsgerechtigkeit entstanden. Die Kosten für die medizinische Versorgung in der letzten Lebensphase sind oft empfindlich hoch, während angesichts der demografischen Entwicklung und der Forschungserfolge in der Medizin sowohl die Anzahl jährlich Sterbender als auch die Behandlungsmöglichkeiten stetig zunehmen.

---

[1] Jennings & Morrissey 2011, 307.

Da die Diskussionen über Bedeutung und Einschätzung der hohen Kosten für Behandlungen am Lebensende in den USA bereits seit einigen Jahren geführt werden, werde ich mich im Folgenden an diesen US-amerikanischen Debatten orientieren, um nach Anregungen für die auch in Mitteleuropa unumgänglichen Auseinandersetzungen zu suchen. In den USA, dem Land mit den weltweit höchsten Gesundheitsausgaben, sind die Folgen des zunehmenden finanziellen Drucks in der Politik und auch im Alltag der Bürgerinnen und Bürger besonders deutlich bemerkbar. Eine Kombination von Folgen der Finanzkrise, der wachsenden Staatsverschuldung, der demografischen Entwicklung, des zunehmenden Wohlstands und des medizinischen Fortschritts hat dazu geführt, dass die Kosten für die Gesundheitsversorgung von 5.2 Prozent des Bruttoinlandprodukts im Jahr 1960 auf 17.3 Prozent im Jahr 2009 und damit absolut von $ 26 Milliarden auf $ 2.5 Billionen jährlich angewachsen sind.[2] Prognosen für 2019 sagen eine weitere Verdopplung der Ausgaben und eine Erhöhung des Anteils der Gesundheitskosten am Bruttoinlandprodukt auf ca. 20 Prozent voraus. Der US-amerikanische Philosoph Leonard M. Fleck, der sich seit vielen Jahren mit diesen Entwicklungen beschäftigt, bringt das ethisch relevante Problem folgendermaßen auf den Punkt: „Was heißt es, eine ‚gerechte' und ‚sorgende' Gesellschaft zu sein, wenn wir lediglich über begrenzte Mittel verfügen, um praktisch unbegrenzte Bedürfnisse der Gesundheitsversorgung zu erfüllen?"[3] Dabei bezieht er die begrenzten Ressourcen auf die zur Verfügung stehenden finanziellen Mittel und die unbegrenzten Bedürfnisse auf die außerordentliche Ausweitung der medizinischen Möglichkeiten während der letzten vierzig Jahre. So war es bis 1970 nicht möglich, davon zu sprechen, ein Patient mit Verengung der Herzkranzgefäße benötige eine Bypass-Operation oder eine Patientin mit Herzrhythmusstörungen einen Herzschrittmacher mit eingebautem Defibrillator (einen ICD, Implantable Cardioverter-Defibrillator), da diese Errungenschaften damals noch unbekannt waren. 2009 hingegen wurden in den USA insgesamt 500'000 Bypass-Operationen zum Preis von jeweils $ 65'000,- durchgeführt, daneben 1.2 Millionen Koronarangioplastien zu je $ 35'000,-, zudem wurden 200'000 ICD's zu jeweils $ 40'000,- implantiert. Alleine diese drei neuen Maßnahmen im Bereich der Herzchirurgie haben 2009 zu Kosten von ca. $ 80 Milliarden geführt, was etwa dem Dreifachen dessen entspricht, was 1960 in den USA für die gesamte Gesundheitsversorgung ausgegeben wurde.[4] Hinsichtlich des häufig umstrittenen Einsatzes von ICD's bei Menschen in sehr hohem Alter haben Sharon R. Kaufman et al. mittels ethnographischer Forschung die komplexe kulturelle Rolle moderner Medizintechnologie aufzeigen können: Offensichtlich führt der Einsatz von ICD's nicht nur dazu, Leiden von Menschen mit Herzrhythmusstörungen zu lindern, sondern gleichzeitig auch, das

[2] Vgl. Fleck 2011, 157.

[3] Ebd. (eigene Übersetzung); vgl. grundlegend Fleck 2009.

[4] Vgl. Fleck 2011, 168 (Fußnote 2) mit Hinweis auf die einschlägigen Publikationen von Daniel Callahan zum Thema.

Sterben von schwer herzkranken Patienten auf fragliche Weise hinauszuzögern, insofern die Technik auch dazu missbraucht wird, schwierigen Entscheidungen auszuweichen.[5] Eine kürzlich publizierte Studie aus dem US-Bundesstaat Kansas hat zudem ergeben, dass bei Entscheidungen zugunsten der Implantation eines ICD in den seltensten Fällen über Lebensende-Entscheidungen gesprochen wird.[6] Mangelnde Information in diesem Bereich kann sich jedoch insofern verheerend auswirken, als diese Apparate unerwartete und schmerzhafte Schocks während des Sterbeprozesses auslösen können und daher rechtzeitig abgeschaltet werden sollten.

Dabei ist die Herzchirurgie nur ein Bereich unter einigen anderen, in welchen sich während der letzten Jahrzehnte völlig neue und teilweise sehr teure Behandlungsmöglichkeiten eröffnet haben. Zu denken wäre beispielsweise an die neu entstandene Intensivmedizin mitsamt der Neonatologie und die enormen Entwicklungen im Bereich der Onkologie mitsamt der Radiologie. Ein besonderes Kennzeichen der aktuellen ethischen Debatten, die sich mit diesen Herausforderungen beschäftigen[7], besteht darin, dass sich die Problemwahrnehmung nicht auf ökonomische Aspekte und Gerechtigkeitsfragen alleine beschränkt, sondern in aller Regel gleichzeitig auch Sinnfragen mit thematisiert werden, wie sie bereits vor einigen Jahren in den so genannten Futility-Debatten zentral waren. Inzwischen wird das Futility-Konzept kaum mehr diskutiert, offensichtlich haben die Ergebnisse nicht das erbracht, was von ihnen erhofft wurde, nämlich in gewisser Weise objektivierbare Kriterien zur Abgrenzung sinnvoller von unsinnigen Entscheidungen bei Patientinnen und Patienten in Grenzsituationen.[8] Als ein wichtiges Ergebnis dieser Auseinandersetzungen kann trotzdem festgehalten werden, dass Entscheidungen über Sinn und Nutzen weiterer Behandlungen stets Wertungen und damit Vorstellungen von einem gelungenen Leben und Sterben beinhalten, die *sowohl* individuell *als auch* gesellschaftlich geprägt sind, was erklärt, warum sich Entscheidfindungsprozesse angesichts der zunehmenden gesellschaftlichen Pluralisierung so schwierig gestalten.[9]

Angesichts des drohenden Lebensendes spitzen sich Fragen nach Sinn oder Unsinn weiterer Maßnahmen besonders zu, werden sozusagen unausweichlich, auch wenn die Aspekte der Verteilungsgerechtigkeit und möglicher Leistungsbe-

[5] Vgl. Kaufman et al. 2011. Die Autorinnen interpretieren diese Vorgehensweise als Folge eines technologischen Imperativs in der Medizin.

[6] Vgl. Niewald et al. 2013.

[7] Vgl. die beiden Schwerpunktausgaben des *Journal of Law, Medicine & Ethics* im Sommer 2011 zum Thema „Caring for the seriously ill: Cost and End-of-Life Care" und im Frühjahr 2012 zum Thema „The Graying of America: Challenges and Controversies", weiterhin: Blank & Merrick 2005; Dernier et al. 2013. Für die (noch) weniger intensiv geführte deutschsprachige Debatte vgl. Marckmann 2006; Marckmann u.a. 2012; Ried 2012.

[8] Vgl. Baily 2011.

[9] Vgl. Rubin 2007. Die Autorin betont zu Recht, dass die Medizin wesentlich eine soziale und nicht nur individuelle Praxis darstellt, medizinische Entscheidungen daher notwendig immer auch soziale Ansichten, Werte, Werthaltungen beinhalten und transportieren.

schränkungen weit über den Lebensende-Kontext hinaus relevant sind. Lassen sich beispielsweise überzeugende moralische Argumente finden, die zeigen, dass außerordentlich teure und lediglich marginal nützliche medizinische Maßnahmen, die zur Lebensverlängerung eines kurz vor dem Sterben stehenden Patienten eingesetzt werden, dieselbe Priorität haben sollten wie Behandlungen in früheren Lebensphasen?[10] Die Krankengeschichte des ehemaligen US-Vizepräsidenten Dick Cheney zeigt paradigmatisch, wie komplex und schwierig eine ausgewogene Einschätzung der Indiziertheit, Zweckmäßigkeit oder Sinnhaftigkeit von Maßnahmen sein kann:[11] Der 1941 in Nebraska geborene amerikanische Politiker hatte bereits mit 37 Jahren einen ersten und mit 69 dann den fünften Herzinfarkt überlebt, erhielt 1988 einen vierfachen Bypass, 2010 zunächst ein so genanntes künstliches Herz (einen LVAD, Left Ventricular Assist Device) und 2012 schließlich eine Herztransplantation. Eine LVAD-Implantation kostet in den USA ca. $ 200'000.- und gewährt eine zusätzliche Lebenserwartung von ein bis zwei Jahren; infolge einer Herztransplantation leben nach fünf Jahren offensichtlich noch 70 Prozent der Betroffenen, die Überlebensrate bei über 65-jährigen Patienten ist geringer. Würden alle Patientinnen und Patienten mit einer schweren Herzinsuffizienz einen LVAD und ein in Zukunft sicherlich noch verbessertes künstliches Herz (ein TIAH, Totally Implantable Artificial Heart) für den Preis von ca. $ 300'000,- erhalten, so entstünden alleine in den USA zusätzliche Kosten von jährlich ca. $ 100 Milliarden.[12] Ähnlich teure und fragliche Szenarien lassen sich für die Behandlung von Patienten mit Tumorerkrankungen im Endstadium entwerfen; auch diese zeigen in aller Deutlichkeit, dass nicht nur die Grenzen der Finanzierbarkeit von Maßnahmen, sondern gleichzeitig auch die Grenzen des menschlich Sinnvollen tangiert werden. Bevor eine im engeren Sinne ethische Diskussion durchgeführt werden kann, ist es notwendig, das Problemfeld näher zu erkunden, um angesichts der komplexen und in ihren Auswirkungen ambivalenten Entwicklungen der letzten Jahre überhaupt die richtigen Fragen stellen zu können.

[10] Vgl. Fleck 2011, 163.
[11] Vgl. Fleck 2011, 159f.
[12] Vgl. ebd.

II. Präzisierungen

Rationierungsdebatten[13], welche Menschen am Lebensende einbeziehen, sind emotional sehr belastend, weil Sterbende besonders vulnerabel und auf die Hilfe anderer angewiesen sind. Zudem bedeuten nur marginal nützliche und extrem teure Behandlungen, die hier besonders zur Debatte stehen, für die Betroffenen nicht selten einen letzten Hoffnungsschimmer im Kampf ums Überleben, sie haben also neben der medizinischen auch emotionale und symbolische Bedeutung. Dazu kommt die im Kontext einer modernen Akutklinik verbreitete Haltung, grundsätzlich sei das aktive Handeln dem Nicht-Handeln vorzuziehen, und zwar auch dann, wenn das Tun noch so wenig erfolgversprechend sein mag.[14] Entsprechend plausibel sind auch Ergebnisse ökonomischer Studien, die zeigen, dass die Zahlungsbereitschaft in der Bevölkerung für teure Behandlungen am Lebensende offensichtlich ungleich viel höher ist als für Patienten, deren Leben nicht auf dem Spiel steht.[15] Diese intuitiv verankerte Einschätzung schlägt sich auch in der so genannten „Rule of rescue" nieder, welche besagt, unmittelbar gefährdetes menschliches Leben sei stets und unter Einsatz aller zur Verfügung stehender Mittel zu retten.

Diese Aspekte tragen sicherlich dazu bei, dass die emotional ohnehin negativ belasteten Rationierungsdebatten mit Blick auf Patienten am Lebensende doppelt tabuisiert werden, auch wenn die Folgen dieser Tabuisierung, nämlich erstens die Akzeptanz von Überbehandlungen Sterbender, zweitens der fragliche Einsatz knapper Ressourcen und drittens die Verstärkung der verdeckten oder impliziten Rationierung am Krankenbett, aus ethischer Sicht inakzeptabel sind. Die erstgenannte Folge verstößt gegen das Nichtschadensprinzip, insofern Patienten bei der Anwendung nicht indizierter Maßnahmen durch Belastungen, Risiken und Nebenwirkungen Schaden zugefügt werden kann, die zweite aufgrund der so erzeugten Opportunitätskosten gegen das Gerechtigkeitsprinzip, insofern die Ressourcen an anderen Stellen eventuell dringender benötigt würden, und die dritte gegen das Menschenwürde- und das Gerechtigkeitsprinzip, da Entscheidungen relativ willkürlich getroffen werden und diejenigen Patienten benachteiligt werden, die sich am wenigen durchzusetzen wissen.

---

[13] Unter Rationierung werden hier implizite oder explizite Mechanismen verstanden, die dazu führen, dass einem Patienten nützliche Leistungen nicht zur Verfügung stehen. Es geht also um Leistungsbeschränkungen in der Gesundheitsversorgung, welche auf bewusste Entscheidungen oder auf unbeabsichtigte Zusammenhänge (Mechanismen, beispielsweise die Frage, ob bei einem Unfall eine benötigte Spezialklinik erreichbar ist) zurückgehen und die gerecht bzw. angemessen oder auch ungerecht bzw. unangemessen sein können; entgegen dem in der Politik verbreiteten negativen Verständnis von Rationierung im Sinne eines Vorenthaltens von einem Patienten eigentlich zustehenden Behandlungen wird der Begriff also nicht einseitig negativ verstanden, entgegen dem ökonomischen Sprachgebrauch (vgl. den Beitrag von Marlies Ahlert im vorliegenden Band) wird er restriktiver verstanden im Sinne von Beschränkungen, welche ausschließlich nützliche Leistungen betreffen, vgl. Ubel & Goold 1998; Zimmermann-Acklin 2011.

[14] Vgl. dazu die Beiträge in Maio 2011.

[15] Vgl. Philipson et al. 2010; Menzel 2011.

In dieser angespannten Situation können einige ökonomische Fakten zu einer gewissen Entlastung beitragen: Zunächst ist in den letzten Jahren die stärkste Zunahme von Gesundheitsausgaben bei der Behandlung chronischer Erkrankungen festzustellen, während der Anteil der Gesundheitskosten, die sich aufgrund der Behandlung von Patienten in ihrem letzten Lebensjahr ergeben, seit Jahren konstant bei etwa einem Viertel der Gesundheitsausgaben liegt; offenbar besteht kein Grund zur Annahme, dass die Lebensende-Kosten in den letzten Jahren anteilsmäßig zugenommen hätten.[16] Weiterhin korreliert der Anstieg für Gesundheitskosten im Lebenszyklus eines Menschen nicht primär mit dem Alter, sondern vor allem mit der Todesnähe, wobei die Behandlungskosten in den letzten Lebensmonaten bei hochaltrigen Patienten mit zunehmenden Alter sinken und dann ein Großteil der Kosten für die Pflege anfallen. Offensichtlich besteht bei Patienten in sehr hohem Alter bereits eine Praxis von Leistungsbeschränkungen, also eine Altersrationierung, welche ethisch begründet, allerdings auch willkürlich und damit ungerecht sein könnte.[17] Schließlich bleibt daran zu erinnern, dass die Versorgungssituation von Patientinnen und Patienten in den Hochlohnländern der Welt grundsätzlich sowohl von Unter- als auch Überversorgung geprägt ist; von daher lässt sich vermuten und ist teilweise belegbar, dass auch bei der Lebensende-Versorgung regionale, soziale, krankheitsspezifische u.a. Differenzen bestehen, die bei einigen Patienten zu einer Unter-, bei anderen zu einer Überversorgung beitragen; bekannt sind die Unterschiede im Zugang zur gesundheitlichen Versorgung zwischen städtischen und ländlichen Gebieten, die insbesondere in den USA, aber beispielsweise auch in der Schweiz zu enormen Ungleichheiten führen.[18]

Daneben ist in der Auseinandersetzung mit Lebensende-Entscheidungen eine psychologische Erkenntnis zu berücksichtigen, welche die Kommunikation zwischen Arzt und schwerkranken Patienten und die Bedeutung von Hoffnung selbst in aussichtslosen Situationen betrifft. Eine kürzlich publizierte Studie zu den Erwartungen von unheilbar erkrankten Onkologiepatienten zeigt, dass Menschen durchschnittlich eher zu optimistischen Annahmen über bestehende Heilungschancen neigen, d.h. dazu tendieren, mögliche positive Auswirkungen verbleibender Maßnahmen zu über- und Kosten sowie Risiken zu unterschätzen.[19] In der Studie wurden 1'200 Patienten, die unter einem Lungen- oder Darmkrebs mit schlechter Überlebensprognose litten, befragt, ob sie von der Behandlung eine Heilung ihrer Tumorerkrankung erwarten würden. Die Frage wurde von einer großen Mehrheit der Patienten, unabhängig vom Bildungsstand oder der sozialen Zugehörigkeit, positiv beantwortet: Fast alle waren der Überzeugung, dass die anstehende Maßnahme zur Heilung beitragen würde, obgleich gemäß Angaben im Studienprotokoll alle Betroffenen über ihre schlechte Überlebensprognose aufge-

[16] Vgl. dazu die Angaben für die USA bei Crippen & Barnato 2011; Artnack et al 2011, 141; Donley & Danis 2011, 183.

[17] Vgl. Felder 2008; Felder & Werblow 2008; Marckmann u.a. 2012, 355.

[18] Vgl. Baschung u.a. 2008; Artnack et al. 2011; Cohen & Deliens 2012.

[19] Vgl. Weeks et al. 2012.

klärt waren. In den Reaktionen zeigt sich eine Diskrepanz zwischen Realität und Wahrnehmung, die vermutlich auch auf Kommunikationsprobleme zwischen Arzt und Patient schließen lässt.

Thomas Smith und Dan Longo vermuten in ihrem Kommentar zur Studie vier Möglichkeiten zur Erklärung des Ergebnisses:[20] Entweder (1) wurden die Patienten nicht wirklich über ihre Situation informiert, oder (2) sie wurden nicht klar genug darüber aufgeklärt, vielleicht wurden sie (3) informiert, haben sich aber dazu entschieden, der Mitteilung keinen Glauben zu schenken, oder (4) sie haben die Botschaft verstanden, aber zu positiv reagiert, als sie im Rahmen der Studie nach ihrer Einschätzung befragt wurden. Die Kommentatoren gehen davon aus, dass de facto eine Mischung aller vier Ursachen am wahrscheinlichsten sei. Menschen mit und ohne Diagnose Krebs in einem fortgeschrittenen Stadium haben offensichtlich sehr unterschiedliche Perspektiven, wenn nach der Hoffnung auf Heilung gefragt wird. Zur Verbesserung der Kommunikation zwischen Arzt und Patient schlagen sie vor, zuerst einmal zu fragen, was der Patient über die Prognose wissen möchte, diese Frage dann möglichst präzise zu beantworten, um anschließend nachzufragen, welche Antwort beim Zuhörenden tatsächlich angekommen sei („ask, tell, ask"). Wichtig sei, in wiederholten Gesprächen auf die Fragen einzugehen, zu erklären, die unterschiedlichen Möglichkeiten aufzuzeigen und den Patienten in seinen Entscheidungen zu unterstützen. Am Schluss betonen sie die ökonomische Bedeutung dieser Ratschläge: „These are not trivial issues. Chemotherapy near the end of life is still common, does not improve survival, and is one preventable reason why 25% of all Medicare funds are spent in the last year of life. Patients need truthful information in order to make good choices."[21] – Angesichts der Bedeutung, welche die Erhaltung von Hoffnung in Lebensende-Situationen *unabhängig* von der tatsächlichen Prognose hat, sind diese Vorschläge allerdings mit einem gewissen Vorbehalt zu versehen. Der amerikanische Philosoph Paul T. Menzel hat darauf aufmerksam gemacht, dass das Motiv, am Lebensende die Hoffnung auf Heilung – und zwar unabhängig von der Frage, ob sich diese Hoffnung auf reale Möglichkeiten bezieht oder nicht – bewahren zu wollen, entscheidend zur Erklärung übertriebener und „sinnloser" Behandlungen am Lebensende beiträgt.[22] Allerdings, so ergänzt der Autor, könne sich die Hoffnung auf sehr unterschiedliche Objekte beziehen, z.B. auch auf ein Leben nach dem Tod oder ein gutes Sterben, so dass die Erhaltung der Hoffnung nicht zwangsläufig auf eine quantitative Verlängerung des Lebens ausgerichtet sein müsse.

Eine weitere Schwierigkeit ergibt sich beim Versuch, das Lebensende genauer zu definieren bzw. zu konkretisieren, was unter Patienten am Lebensende genau verstanden werden soll. Menschen sterben auf sehr unterschiedliche Weise, das Sterben in einer Notfallsituation an einem Unfallort ist vom Sterben eines in der

[20] Vgl. Smith & Longo 2012.
[21] Ebd., 1650.
[22] Vgl. Menzel 2011.

24. Schwangerschaftswoche geborenen Säuglings und dieses wiederum vom Sterben eines polymorbiden, hochaltrigen Patienten mit demenziellen Störungen zu unterscheiden. Nicht selten ergibt sich auch eine Lebensende-Situation erst aufgrund der Entscheidung, eine bestimmte Therapie, z.B. eine Hämodialyse, nicht mehr fortzusetzen oder auf deren Einsatz, beispielsweise die Antibiotikabehandlung einer Lungenentzündung, zu verzichten.

Mit Blick auf die Funktionalität von Menschen im Alltag lassen sich vier typische Sterbeverläufe voneinander unterscheiden, die auch in der ethischen Diskussion zur Verteilungsgerechtigkeit zu berücksichtigen sind: Erstens gibt es den plötzlichen Tod („Sudden Death") z.B. bei einem Herzversagen, bei welchem der Betroffene gleichsam bis zum Lebensende voll funktionstüchtig („gesund") bleibt; davon ist zweitens der Sterbeverlauf bei einer Krebserkrankung zu unterscheiden („Terminal Illness"), bei welchem ein Patient bis relativ kurz vor Lebensende bei voller Funktionalität bleibt, welche dann aber ziemlich rasch, beispielsweise innerhalb von ein bis zwei Jahren, abnimmt. Der Verlauf bei einem zunehmenden Organversagen („Organ Failure") lässt sich als ein dritter Typus unterscheiden, bei welchem sich aufgrund unterschiedlicher therapeutischer Möglichkeiten ein Hin und Her zwischen Funktionstüchtigkeit und -ausfall ergibt, wobei das Niveau über Jahre bis schließlich zum Tod langsam immer schlechter wird; schließlich lässt sich davon viertens der Tod infolge zunehmender Gebrechlichkeit („Frailty") abgrenzen, bei welchem ein Mensch während einiger Jahre auf sehr niedrigem Funktionalitätsniveau lebt, welches stetig abnimmt und schließlich zum Tod führt.[23] Darüber hinaus ist an Patienten zu denken, welche an einer schweren chronischen, eigentlich tödlichen, jedoch grundsätzlich therapierbaren Erkrankung leiden, z.B. dem Morbus Gaucher, der häufigsten lysosomalen Speicherkrankheit, die auf einen Defekt auf Chromosom 1 zurückzuführen ist, oder der Hämophilie. Für deren sehr teure, lebenslange Behandlung, im Fall des Gaucher-Syndroms beispielsweise dem regelmäßig verabreichten Enzymersatz oder im Fall der Hämophilie durch Verabreichung von gentechnisch hergestellten Blutgerinnungsfaktoren, stehen zumindest in den Hochlohnländern der Welt die benötigten Mittel zur Verfügung, während Betroffene in Niedriglohnländern kaum eine Chance auf Behandlung haben und daher an den Folgen ihrer Erkrankung sterben.

Diese letzte Bemerkung zeigt, dass wirtschaftliche, soziale und darüber hinaus auch kulturelle Kontexte in der Beurteilung von Lebensende-Entscheidungen eine wichtige Rolle spielen.[24] Dass soziale Strukturen im Allgemeinen und Familienstrukturen im Besonderen, darüber hinaus religiös und in breiterem Sinn kulturell verankerte Vorstellungen von Krankheit, Leiden und Sterben für das Erleben und Beurteilen von Lebensende-Entscheidungen von Bedeutung sind, ist nicht überraschend. Für die Ethikdebatten heißt das allerdings, dass sich einerseits Fragen der Verteilungsgerechtigkeit, welche Rechte, Pflichten sowie Institutionen und Struktu-

[23] Vgl. Lunney et al. 2003.

[24] Vgl. Blank & Merrick 2005; Blank 2011.

ren betreffen, und andererseits Aspekte des guten Lebens, die unterschiedliche Werthaltungen und Antworten auf Sinnfragen zur Grundlage haben, nicht eindeutig voneinander trennen lassen. Ein indisch-deutscher Vergleich zeigt beispielsweise, dass Lebensende-Entscheidungen in Indien Sache der Familien sind, dass Entscheidungen entsprechend von der Familie getroffen werden und dem individuellen Patienten Diagnosen häufig nicht mitgeteilt werden, während ein Arzt in Deutschland rechtlich gebunden ist, seinen Patienten individuell über die Diagnose aufzuklären.[25] In vielen asiatischen Kulturen wird die Aufklärung des Patienten über eine infauste Diagnose als Grausamkeit empfunden, in der Türkei wie auch in Kenia gehört es offenbar zu den Grundpflichten einer Familie, sterbende Angehörige zu Hause zu pflegen, so dass die meisten Menschen in diesen Ländern zu Hause sterben.[26] Wie sich Intensivpflege in äußerst ressourcenknappen Verhältnissen gestaltet, welche Bedeutung die Sinn- oder Nutzlosigkeit („Futility") weiterer Maßnahmen hier annimmt und was es heißt, eine 12-jährige Patientin zu extubieren, damit die Eltern sie zum Sterben mit nach Hause nehmen konnten, beschreibt die Ärztin Antonia P. Eyssallenne aus Port-au-Prince in einem bewegenden Essay im „New England Journal of Medicine": „Death in Haiti can be cruel, raw, and often devastatingly premature. There is often no explanation, no sympathy, and no peace, especially for the poor."[27] Oft würden Patienten trotz Atemnot und Schmerzen mit nach Hause genommen. Das Entfernen des Endotrachealtubus bei dem 12-jährigen Mädchen sei eine der schwierigsten Handlungen gewesen, die sie je in ihrem Leben hätte ausführen müssen, aber die tiefe Dankbarkeit der Familie und Freunde, dass ihr Kind aufgrund der Hilfe der Ärztin zu Hause sterben konnte, habe in diesem Moment die Traurigkeit überflügelt. Die Frage nach einer sinnvollen Allokation der Mittel in einer Situation absoluter Knappheit beurteilt sie schließlich positiv: „Although our resources were limited, they had been well allocated."[28] Längst nicht alle Verteilungsprobleme lassen sich also über die Stärkung der individuellen Autonomie des betroffenen Patienten „lösen", also über die Intensivierung eines partizipativen Entscheidfindungsmodells zwischen Behandlungsteam und Patient („Shared Decision Making"), der Etablierung von Patientenverfügungen und der gesundheitlichen Vorausplanung („Advanced Care Planning"). Gleichwohl scheint zumindest für den US-amerikanischen Kontext zuzutreffen, dass sich mit einer Intensivierung der Kommunikation zwischen Arzt und Patient und einer Sicherung der informierten Zustimmung der Sterbenden auch die Kosten für Lebensende-Behandlungen entscheidend senken lassen.[29]

Die angedeuteten Diskussionsbeiträge zu dem großen Fragekomplex einer guten und gerechten Behandlung von Menschen am Lebensende zeigen auf, dass die

[25] Vgl. Blank 2011, 204.
[26] Vgl. ebd., 208.
[27] Eyssallenne 2012, 9.
[28] Ebd.
[29] Vgl. mit Angaben zu entsprechenden Studienergebnissen Lee & Emanuel 2013; Donley & Danis 2011.

entscheidenden Probleme an unterschiedlichen Stellen geortet werden müssen. Erste Einblicke in das Spektrum von Antworten erlaubt die Dokumentation der Tagung „Caring for the seriously ill: Cost and End-of-Life Care“, die 2011 im US-amerikanischen „Journal of Law, Medicine & Ethics” erschienen ist: Daniel Callahan sieht das Hauptproblem in einer Verdrängung der Endlichkeit menschlichen Lebens, einer einseitigen Tendenz zur Technisierung der Medizin und der Generierung falscher Hoffnungen („pathologies of hope“[30]) und schlägt daher vertiefte philosophische Auseinandersetzungen über existentielle Fragen vor, daneben eine Intensivierung von Palliative Care- und Hospizprogrammen. Werde das Lebensende so definiert, dass es erst dann eintrete, wenn absolut keine medizinische Intervention mehr möglich sei, gäbe es aufgrund der vielen Handlungsmöglichkeiten heute immer weniger Patienten, die sich tatsächlich am Lebensende befänden. Der größte Feind eines guten Sterbens sei darum der Medizinbetrieb selbst mit seinem utopischen Projekt, den Tod abschaffen zu wollen. Dan Crippen und Amber E. Barnato lenken den Blick auf die makroökonomische Allokation und halten die Verteilung der Ressourcen zwischen jungen und alten Menschen in den USA aus Sicht der Generationengerechtigkeit für einseitig und falsch; ihres Erachtens müssten mehr Ressourcen für Ausbildung und Gesundheitsversorgung der jungen Generation zur Verfügung stehen und weniger für ältere Menschen und Patienten mit chronischen Erkrankungen. Der für seine ideologie- und bioethikkritischen Interventionen bekannte Tom Koch[31] sieht das Problem in der mangelnden Grundhaltung von Care und Compassion und hält utilitaristische Kalküle, die auf der Bewertung von menschlichem Leben beruhen, mit Hinweis auf historische Erfahrungen grundsätzlich für gefährlich. L. M. Fleck betont wie oben angedeutet das Problem der zunehmend zur Verfügung stehenden medizinischen Möglichkeiten, welche ihrerseits Bedürfnisse erzeugten, die bereits heute unmöglich alle befriedigt werden könnten; er plädiert für mehr Entscheidungstransparenz und eine Intensivierung demokratischer Entscheidfindungsprozesse mit dem Ziel, öffentlich legitimierte Rationierungsprotokolle zu etablieren. Mary Ann Baily dagegen ortet das Problem im mangelnden Bewusstsein der Bevölkerung für die grundsätzliche Begrenztheit der Ressourcen, sieht eine der schlimmsten Folgen der Nichtbeachtung dieser Grenzen für die USA im Verlust der Behandlungssicherheit und möchte die Debatte um die „Futility“ von Maßnahmen wieder verstärkt und öffentlich aufnehmen. Greer Donley und Marion Danis halten dagegen den Weg über das Empowerment von Patienten für erfolgversprechend und möchten, ähnlich wie L. M. Fleck, mehr Transparenz und Mitsprache der Patienten bei Kosten für Behandlungen am Lebensende. Robert H. Blank betont die kulturellen Unterschiede bei Lebensende-Entscheidungen, relativiert die „westliche“ Betonung der Individualrechte, der Autonomie und der Medikalisierung von Problemen, und plädiert zugunsten einer intensiveren Beschäftigung mit alternativen kulturellen Formen des Um-

[30] Callahan 2011, 118.
[31] Vgl. zuletzt Koch 2012.

gangs mit den existenziellen Herausforderungen am Lebensende, namentlich der stärkeren Betonung familiärer Kontexte und einem Verständnis von Sterben und Endlichkeit, das nicht primär im Sinne eines Versagens der Medizin gedeutet wird. Joshua E. Perry und Robert C. Stone schließlich betonen in ihrem Beitrag die wohl eher spezifisch US-amerikanische Gefahr, das Sterben in Hospizen zu kommerzialisieren. Der Hospizsektor ist in den USA offenkundig ein enormer Wachstumsmarkt, wobei im Jahr 2008 bereits über die Hälfte (52 Prozent) der ca. 3'300 Hospize profitorientierte Unternehmen waren, dagegen nur 35 Prozent Non-profit-Unternehmen und 13 Prozent dem Staat gehörten. Zwischen 2001 und 2008 haben sich die profitorientierten Hospize zahlenmäßig verdoppelt, während die nichtprofitorientierten kaum zunahmen. Die Hospizkosten für die Medicare-Versicherung sind gleichzeitig von $ 4.4 Milliarden im Jahr 2002 auf über $ 11 Milliarden im Jahr 2008 angestiegen. Auffällig sei, dass in kommerziell geführten Sterbehospizen weniger teures Personal, weniger ausgebildete Pflegerinnen, Sozialarbeiter und Ärzte angestellt wurden als in den nichtprofitorientieren Hospizen, dass aber gleichzeitig die Aufenthaltsdauer von Sterbenden in profitorientierten Hospizen länger gewesen sei als in den nichtprofitorientierten Einrichtungen, was die Profitabilität von erstgenannten Hospizen markant erhöht habe.[32]

Wenn der US-amerikanische Philosoph John Hardwig den Europäern an einer Fachtagung im Jahr 2011 in Leuven empfiehlt, das Leben rechtzeitig von eigener Hand zu beenden oder von einem Arzt beenden zu lassen, bevor es nutz- und sinnlos würde, angesichts der heute bestehenden medizinischen Möglichkeiten sogar von einer „Pflicht" sowie „Verantwortung zum rechtzeitigen Sterben" schreibt, dann sind die Befürchtungen Tom Kochs, die vor einer Wiederholung der Debatten über die Freigabe der Vernichtung so genannten lebensunwerten Lebens des frühen 20. Jahrhunderts warnen, bereits zur Realität geworden.[33] Andere Beiträge an der Tagung, die in Belgien und damit in einem Land durchgeführt wurde, in welchem die ärztliche Tötung auf Verlangen unter Einhaltung gewisser Umstände auch rechtlich erlaubt ist, begründen demgegenüber eine gesellschaftliche Pflicht zur würdigen Pflege und Begleitung von Menschen am Lebensende („a Duty to Care" sowie eine „Dignity-Enhancing Care"[34]).

III. Begründungsdiskurse

Die zuletzt erwähnte Kontroverse belegt die Wichtigkeit ethischer Begründungsbemühungen, auch wenn diese relativ abstrakt geführt werden. Im Zentrum steht dabei die Frage, ob neben den im Einzelfall gewöhnlich berücksichtigten Kriterien wie der Patientenautonomie, der Fürsorge, dem Nicht-Schaden und der Gerech-

---

32 Vgl. Callahan 2011; Crippen & Barnato 2011; Koch 2011; Fleck 2011; Baily 2011; Donley & Danis 2011; Blank 2011; Perry & Stone 2011.

33 Vgl. Hardwig 2013; Koch 2011.

34 Vgl. Gunderson 2013; Gastmans 2013.

tigkeit auch *überindividuelle* Kriterien wie die Kosteneffektivität von Behandlungen oder Aspekte der Lebensqualität in ein ethisches Kalkül mit einbezogen werden dürfen. Was aus Sicht der Gesundheitsökonomie trivial, weil selbstverständlich klingt, wird aus ethischer Sicht zu Recht problematisiert: Sollten nicht alle Menschen unabhängig von ihrem individuellen Befinden gleich behandelt werden, ist ein Menschenleben nicht unendlich wertvoll und kann nicht gegen andere abgewogen werden? Können der Nutzen von Lebensende-Behandlungen beispielsweise in der Neonatologie mit dem Nutzen von Maßnahmen der Intensivbehandlung von Patienten in sehr hohem Alter verglichen und aufgerechnet werden, wie dies mittels QALY-Berechnungen versucht wird?

Ohne an dieser Stelle ausführlicher auf diese moraltheoretischen Fragen eingehen zu können,[35] lässt sich soviel festhalten: Die reale Alternative besteht nicht darin, entweder allen alles zu ermöglichen oder nur einigen Privilegierten mehr, anderen hingegen weniger. Jenseits von Eden ist es grundsätzlich nicht möglich, allen alles zu gewähren.[36] Der entscheidende Grund, warum Effizienzüberlegungen in das ethische Kalkül mit einbezogen werden sollten, liegt darin, dass Menschen immer schon in einem System mit Einschränkungen leben und de facto – bewusst oder unbewusst – darüber entscheiden, welche Art von Nutzen sie hervorbringen möchten, auch benannt als das Problem der Opportunitätskosten. Die Alternative, nämlich strikt und unter Absehung von den Folgen auf einem Recht auf Gleichbehandlung aller zu beharren, ist aufgrund der damit quasi unweigerlich verbundenen impliziten Rationierung am Krankenbett aus ethischer Sicht ebenfalls sehr fraglich. Ein Wegschauen würde nämlich die Situation der ungeregelten Rationierung fördern, die sich vor allem in Form einer Ausdünnung („rationing by dilution“[37]) der zur Verfügung stehenden Ressourcen vollzieht, was in Einzelfällen zu extremer Ungleichbehandlung führen kann. L. M. Fleck weist zu Recht darauf hin, in Wirklichkeit sei es diese implizite oder unsichtbare Form von Rationierung, die der Achtung der Menschenwürde widerspreche: „That practice does violate the moral rights of individuals because it involves treating them as mere things to be used for achieving someone else’s cost-containing purposes.”[38]

Grundlegend ist meines Erachtens eine rechtebasierte Moraltheorie mit der zentralen Forderung nach der Achtung der Menschenwürde. Darauf gründen Prinzipien wie die Chancengleichheit, das Diskriminierungsverbot, das Solidaritätsprinzip oder die bevorzugte Beachtung von besonders vulnerablem menschlichem Leben. In der Umsetzung und Konkretisierung dieser grundlegenden Prinzipien ist der Einbezug des Wirtschaftlichkeitskriteriums inklusive der Kosten-Nutzen-Überlegungen unabdingbar. Ohne diese Ergänzung wäre die Achtung der menschlichen Würde aufgrund der impliziten Rationierung am Krankenbett gefährdet,

---

[35] Vgl. Duttge 2009, 151–159; Zimmermann-Acklin 2012b.

[36] Vgl. Schramm 2004.

[37] Klein 2010, 389.

[38] Fleck 2009, 77.

auch wenn dadurch Kompromisse und manchmal nur zweitbeste Lösungen akzeptiert werden müssen. Eine deontologisch begründete Idealforderung wird somit aufgrund von Angemessenheitsüberlegungen eingeschränkt, um auf diese Weise eine diskriminierende, willkürliche und daher ungerechte Praxis in der realen Welt zu verhindern.[39]

Da es im Kern der Problematik um die menschliche Anerkennung von Knappheit und letztlich der Endlichkeit des Lebens geht, sind komplementär zu diesen normativen Überlegungen auch tugendethische Aspekte von Bedeutung, namentlich die Klugheit, darüber hinaus die Tugenden der Gerechtigkeit, der Besonnenheit, des Maßhaltens, des Mitleids und der Fürsorge („Care").[40] Dies gilt einerseits hinsichtlich der Ansprüche, die Patienten an das System der gesundheitlichen Versorgung richten, andererseits aber auch mit Blick auf die politischen Entscheidungsträger und die im Gesundheitswesen Tätigen. Es kann geradezu als Markenzeichen einer guten Gesellschaft gelten, dass sie sich besonders um das Wohl und Ergehen von verletzlichen Menschen bemüht. Entsprechend schlägt L. M. Fleck unter dem Titel „Just Caring" einen Ethikansatz vor, der einen Gerechtigkeits- mit einem Care-Ansatz verbindet.[41]

IV. Konkretisierungen

In der Einleitung des „Journal of Law, Medicine & Ethics" zum Thema „Pflege für Schwerkranke: Kosten und öffentliche Politik" schreiben die US-amerikanischen Autoren von lediglich sehr vagen klinischen, ethischen und politischen Vorstellungen, die für den konkreten Umgang mit den hohen Kosten bei Behandlungen am Lebensende bestünden, zudem von einem relativen Vakuum hinsichtlich vorhandener Standards und Kriterien.[42] Georg Marckmann, Anna Mara Sanktjohanser und Jürgen in der Schmitten betonen in einem der wenigen deutschsprachigen Beiträge zum Themenfeld „Sterben im Spannungsfeld zwischen Ethik und Ökonomie" überdies die Schwierigkeit, trotz computergestützter Modelle wie APACHE-III-Score selbst bei Intensivpatienten mit hinreichender Sicherheit das Überleben oder Versterben vorhersagen zu können.[43] Wäre im Voraus erkennbar, was erst „ex post", also infolge einer Behandlung offenkundig wird, wären Entscheidungen zugunsten eines Verzichts auf vergebliche Rettungsversuche trivial.[44] Zu bedenken bleibt jedoch, dass es bei den schwierigen Entscheidungen nicht

[39] Vgl. Zimmermann-Acklin 2012b; daneben: Fleck 2009, 119f: „The alternative to moral heroism is an ineffective pseudo-heroism – better known as pious posturing – maintaining clean hands and a clean conscience by failing to engage in the difficult moral struggles and moral compromises required by the problem of our complex social life and a complex health care system."

[40] Vgl. Maio 2012, Kap. 4.

[41] Vgl. Fleck 2009; vgl. im deutschsprachigen Sprachraum zuerst Schnabl 2005.

[42] Vgl. Pope et al. 2011.

[43] Vgl. Marckmann u.a. 2012, 361.

[44] Vgl. Raiten & Neuman 2012.

immer um Leben und Tod, sondern nicht selten auch um die Frage nach der Lebensqualität während und vor allem infolge einer medizinischen Maßnahme, beispielweise einer kardiopulmonalen Reanimation unter Inkaufnahme schwerwiegender neurologischer Folgeschäden, geht. Gerade in den Bereichen der Intensivmedizin und der Neonatologie zeigt sich, dass Behandlungen, die zwar mittelfristig zum Überleben eines Patienten beitragen, sich aufgrund der massiv eingeschränkten Lebensqualität und enormen Belastungen im Nachhinein als fraglich herausstellen können.[45] Eine Schwierigkeit bleibt natürlich darin bestehen, wer aufgrund welchen Rechts und anhand welchen Maßstabs die Lebensqualität eines Patienten beurteilen darf, wenn ein betroffener Patient selbst nicht mehr urteilsfähig ist.

Grundsätzlich gilt im Sinne des Autonomieprinzips der – gegebenenfalls mutmaßliche – Patientenwille als wesentliche Orientierung bei Behandlungsentscheidungen, und dies unabhängig von der Schwere einer Beeinträchtigung und dem Ausmaß der angenommenen Lebenserwartung. Geht es um Entscheidungen, bei welchen – über die Interessen einer einzelnen Person hinaus – zwischen den Anliegen unterschiedlicher Patienten oder Patientengruppen abgewogen werden muss, kommen als Kriterien gemäß Georg Marckmann neben prozeduralen Aspekten wie der Transparenz, Konsistenz (Gleiches gleich, Ungleiches ungleich zu behandeln), Legitimität und Evidenzbasierung als materiale Verteilkriterien die medizinische Bedürftigkeit (Schweregrad einer Erkrankung und der Dringlichkeit einer Behandlung), der Sinn bzw. Nutzen sowie die Kosteneffektivität einer Behandlung in Betracht.[46] Sowohl das biologische als auch das chronologische Alter wie auch andere soziale Kennzeichen sind als Kriterien zur Einschränkung von Behandlungen zu Recht umstritten und sollten als solche, unabhängig von kovariierenden Faktoren wie Polymorbidität oder Überlebenswahrscheinlichkeit, aus ethischen und auch pragmatischen Gründen bei heiklen Entscheidungen am Lebensende keinen Ausschlag geben.[47]

Der aus ethischer Sicht geforderte Einbezug von Nutzen und Kosteneffektivität als Kriterien mag erstaunen. Es ist hingegen kein Zufall, dass selbst in Texten des katholischen Lehramts, welche die Achtung der Menschenwürde und die Gleichbehandlung aller zur Basis haben, analog zu den genannten Kriterien die Etabliertheit (Evidenzbasiertheit), die Verhältnismäßigkeit (Einsatz und Nutzen müssen in einem vertretbaren Verhältnis stehen) und auch die Sozialverträglichkeit (zu aufwändige Verfahren sind nicht zu rechtfertigen) von medizinischen Maßnahmen vorgeschlagen werden. Moralisch entscheidend in der katholischen Tradition ist, dass Entscheidungen am Lebensende, ob sie zugunsten eines Tuns oder

[45] So Michael Quintel in seinem Vortrag zum Thema „(Intensiv)Medizinische Maßnahmen – wann divergieren Intervention und Sinn?" am Workshop „'Gerecht sorgen' – Verständigungsprozesse über einen gerechten Einsatz knapper Ressourcen bei Patienten am Lebensende" vom 1.6.2012 am Lichtenberg-Kolleg in Göttingen.

[46] Vgl. Marckmann 2006, 5f.

[47] Vgl. Sligl et al. 2010; Zimmermann-Acklin 2012a; daneben auch den Beitrag von Alfred Simon im vorliegenden Band.

Unterlassens ausfallen, nie Akte der Lebensverfügung sein, sondern lediglich im Sinne eines Hinnehmens der Endlichkeit menschlichen Lebens getroffen werden dürfen. Das biologische Über- oder Weiterleben eines Menschen im Sinne vitalistischer Positionen stellt dagegen kein erstrebenswertes Ziel dar, es geht stets um den Menschen als ganze Person, wie sie auch im Zentrum der Bemühungen von Palliative Care steht. Im Katechismus der Katholischen Kirche heißt es entsprechend: „Die Moral verlangt keine Therapie um jeden Preis. Außerordentliche oder zum erhofften Ergebnis in keinem Verhältnis stehende aufwendige und gefährliche medizinische Verfahren einzustellen, kann berechtigt sein. Man will dadurch den Tod nicht herbeiführen, sondern nimmt nur hin, ihn nicht verhindern zu können. Die Entscheidungen sind vom Patienten selbst zu treffen, falls er dazu fähig und imstande ist, andernfalls von den gesetzlich Bevollmächtigten, wobei stets der vernünftige Wille und die berechtigten Interessen des Patienten zu achten sind.“[48] In der Erklärung der Glaubenskongregation zur Euthanasie von 1980 wird eigens darauf hingewiesen, dass ein Grund auf den Verzicht aufwändiger Maßnahmen am Lebensende darin liegen könne, der Familie und der Gemeinschaft keine zu großen Belastungen auferlegen zu wollen, wobei unbestimmt bleibt, was unter einem „zu großen Aufwand“ und „zu großen Belastungen“ genau verstanden werden kann.[49]

Zur Komplexität der Entscheidungen trägt zudem wesentlich bei, dass diese auf unterschiedlichen Ebenen zu fällen sind: Entscheidungen auf politischer (Makroebene), institutioneller (Mesoebene) und klinischer Ebene (Mikroebene) haben Auswirkungen auf die Mittel, welche einem Patienten am Krankenbett konkret zur Verfügung stehen. Dabei ist wichtig, dass sich Entscheidungen auf den unterschiedlichen Ebenen gegenseitig bedingen und beeinflussen, sich also nicht einseitig delegieren lassen, auch wenn dies häufig versucht wird.[50] Wird auf politischer Ebene entschieden, dass eine bestimmte Maßnahme, beispielsweise eine neue Beatmungstechnik für Frühgeborene, grundsätzlich nicht eingeführt wird, muss dies ein Arzt am Krankenbett entsprechend akzeptieren und den Betroffenen erklären. Und umgekehrt: Entscheidet sich eine Ärztin, in zehn Fällen einen ICD zu in der Schweiz je ca. CHF 40'000,- zu implantieren, obgleich das Jahresbudget des Krankenhauses bereits überschritten ist, muss die Direktion und/oder die Politik Wege finden, diese Investition – unter Umständen unter Inkaufnahme des Verzichts auf andere Budgetposten wie einem zusätzlichen Intensivbett, einer Palliativstation oder der Renovation einer Schule – anschließend zu finanzieren. Erschwerend kommt hinzu, dass bestimmte Kriterien wie beispielsweise die Kosteneffektivität von Maßnahmen nicht auf allen Ebenen dieselbe Bedeutung haben, so dass die politischen, institutionellen und klinischen Verteilungsdiskurse sowohl getrennt als auch mit Blick auf gegenseitige Interdependenzen zu führen sind.

[48] Katechismus der Katholischen Kirche 2005, Nr. 2278, 580.
[49] Vgl. Glaubenskongregation 1980, 12.
[50] Vgl. Jennings & Morrissey 2011, 311–313.

Auf der Suche nach konkreten Anhaltspunkten zur Entscheidungsfindung im gesundheitspolitischen, institutionellen und klinischen Alltag ist es zudem unausweichlich, auf unterschiedliche Sterbeverläufe Bezug zu nehmen. Insoweit in öffentlichen Debatten und auch in der ethischen Fachliteratur momentan von „Sterbenden“ oder „Menschen am Lebensende“ die Rede ist, sind sehr häufig Verläufe im Blick, die mit dem Begriff „Terminal Illness“ umschrieben werden:[51] Aufgrund einer bestimmten Diagnose steht mehr oder weniger eindeutig fest, dass ein Mensch in absehbarer Zeit, das heißt während der nächsten Wochen oder Monate, aller Voraussicht nach sterben wird. Im klinischen Alltag wird dann meist von „palliativen Patienten“ gesprochen, obgleich Palliative Care im eigentlichen Sinn viel mehr kann, als Menschen in einer allerletzten Lebensphase zu begleiten, gleichsam dann, wenn „die eigentlich richtige Medizin“ nichts mehr tun kann. Typischer Bezugspunkt sind meist Tumorerkrankungen, bei welchen keine Chance auf Heilung besteht, wie beispielsweise bei Patienten mit einem Glioblastom, einem Hirntumor, oder einem metastasierenden, nicht-kleinzelligen Lungentumor, bei welchen trotz Operation, Bestrahlung und Chemotherapie höchstens die Symptome gelindert und die Überlebenszeit um einige Monate verlängert werden können.

Eine klinische Studie von Jennifer Temel et al. mit Patienten, die unter einem metastasierenden, nicht-kleinzelligem Lungenkrebs litten, hat international für Aufsehen gesorgt: Patienten, welche frühzeitig, d.h. unmittelbar nach Diagnosestellung, eine Palliative Care-Versorgung erhielten, erlebten nach eigener Aussage ihre letzte Lebensphase nicht nur bei besserer Lebensqualität, litten weniger unter depressiven Verstimmungen und verlangten weniger aggressive Behandlungen und waren darum auch kostengünstiger, sondern lebten im Durchschnitt auch länger als Patienten einer Vergleichsgruppe, die keine frühzeitige Palliative Care erhielten.[52] Falls diese Ergebnisse repräsentativ sein sollten und sich auch in anderen Kontexten wiederholen lassen, ist aus ethischer Sicht klar, dass anstelle sehr teurer, oft mit weitreichenden und belastenden Nebenwirkungen verbundenen Behandlungen, eine rechtzeitig einsetzende Palliative Care sowohl aus individual- als auch sozialethischer Sicht eindeutig zu favorisieren ist. Paul Menzel erläutert an der sehr teuren Behandlung des Glioblastoms, was L. M. Fleck in seiner Monographie unter dem Titel „Last chance therapies“ an einer Fülle weiterer Beispiele verdeutlicht und ethisch diskutiert: Eine chirurgische Behandlung mit anschließender Bestrahlung und Chemotherapie, wie sie beispielsweise der US-Senator Edward Kennedy im Alter von 76 Jahren im Jahr 2008 erhielt, der 15 Monate nach der Diagnose an den Folgen des Hirntumors verstarb, kostet etwa $ 500'000,- pro Patient, so dass sich etwa $ 300'000,- pro gerettetem Lebensjahr errechnen lassen.[53] L. M. Fleck

[51] Vgl. u.v.a. Harrington & Smith 2008; Fleck 2009, Kap. 7; Jennings et al. 2011; Menzel 2011; Bruera & Yennurajalingam 2012; Zhang et al. 2012; Lee & Emanuel 2013.

[52] Vgl. Temel et al. 2010. Vgl. auch Alt-Epping im vorliegenden Band.

[53] Vgl. Menzel 2011, 216.

macht zu Recht darauf aufmerksam, dass Mitgefühl und Sorge um besonders vulnerable Menschen nicht gleichzusetzen seien mit der Entscheidung, Sterbenden jede bestehende Behandlungsmöglichkeit unabhängig von den Folgen und Kosten zu gewähren.[54] Zu bedenken bleibt allerdings, dass auch mit der Etablierung der Palliative Care und von Sterbehospizen Kosten verbunden sind und gewisse Risiken der Kommerzialisierung bestehen.[55]

Von diesen Sterbeverläufen zu unterscheiden sind Verläufe, die oben mit den Begriffen „Organ Failure“ und „Sudden Death“ beschrieben wurden, letztere nur insofern, als beispielsweise eine Patientin infolge eines akuten Herzversagens noch rechtzeitig notfall- und intensivmedizinisch behandelt werden kann, so dass sie in eine Art anhaltende Notsituation gerät – von L. M. Fleck als „the distantly terminal ill“[56], von Jesse M. Raiten und Mark D. Neuman als „the chronically critically ill“[57] bezeichnet.[58] Hier ist offensichtlich die Unsicherheit der Prognose eine der großen Herausforderungen, so dass nicht selten die Entscheidung, einen Patienten nicht mehr auf eine Intensivstation zu verlegen, ebenso wichtig zu sein scheint, wie Einzelentscheidungen im Hinblick auf eine intensivmedizinische Behandlung. Lösungsversuche sind sicherlich in einer Verbesserung der interdisziplinären Verständigung in Akutkliniken zu suchen, die angesichts der Fragmentierung der Einzeldisziplinen[59] zunehmend eine Herausforderung darstellt. Gute Gründe sprechen zudem dafür, Rationierungsentscheidungen in der Intensivmedizin mit den Betroffenen und vor allem deren Angehörigen offen zu besprechen und diese nicht zu verheimlichen: Nur so könne auf die Dauer und unter zunehmenden Rationierungsdruck eine transparente Entscheidungsfindung und eine vertrauenswürdige Arzt-Patient-Beziehung ermöglicht werden.[60]

Eigene Herausforderungen ergeben sich im Bereich der Intensivpflege der Neugeborenen.[61] Die Behandlung eines in der 24. Schwangerschaftswoche geborenen Frühchens sei eine der teuersten, die heute in den USA überhaupt zur Anwendung kommen, schreiben die Pädiater John D. Lantos und William L. Meadow von Kansas bzw. Chicago.[62] Eine Parallele zu den Herausforderungen in der Intensivpflege Erwachsener besteht in der Schwierigkeit, eine zutreffende Prognose hinsichtlich Überlebenswahrscheinlichkeit, aber auch späterer Beeinträchtigungen und Schädigungen zu stellen. Dagegen bestehen erhebliche Unterschiede, welche

---

[54] Vgl. Fleck 2009, Kap. 7.

[55] Vgl. Perry & Stone 2011; Ried 2012.

[56] Fleck 2011, 157: „The distantly terminally ill may have been faced with imminent death at an earlier point in time but were medically rescued and are now medically sustained for an indefinite period of time.”

[57] Raiten & Neuman 2012, 1780.

[58] Vgl. den Beitrag von Reto Stocker im vorliegenden Band.

[59] Vgl. Cassel & Reuben 2011: Gemäß diesem Beitrag stellt nota bene die Hospiz- und Palliativmedizin eine von insgesamt zwanzig anerkannten Subdisziplinen der Inneren Medizin in den USA dar.

[60] Vgl. Young et al. 2012.

[61] Vgl. Lantos & Meadow 2011; Berger et al. 2011.

[62] Vgl. Lantos & Meadow 2011, 194.

auch die durchschnittlich sehr hohen Kosten in der neonatologischen Behandlung rechtfertigen können: Während Patienten in den medizinischen Intensivstationen unter einem sehr breiten Spektrum von Krankheiten leiden, oft polymorbid sind, häufig sterben oder nach einer Entlassung später wieder zurückkehren, leiden Frühgeborene in der Regel lediglich unter einem von drei Symptomen (Atembeschwerden, Ernährungsprobleme oder Anomalitäten), haben keine Begleitkrankheiten, überleben meistens und, wenn sie entlassen werden konnten, haben sie eine Lebenserwartung von über 70 Jahren. In den im Jahr 2011 überarbeiteten Schweizer Empfehlungen zur Behandlung von Frühgeborenen an der Grenze der Überlebensfähigkeit wird der heiklen Frage der gerechten Ressourcenverteilung trotzdem ein eigener Abschnitt gewidmet. Eröffnet werden die Überlegungen mit der Bemerkung, die Frage, ob sich der hohe Mitteleinsatz für Frühgeborene, die kaum eine Überlebenschance hätten, rechtfertigen ließe, während sie in anderen Bereichen dringend gebraucht würden, sei zumindest relevant und dürfe gestellt werden: „The question could be raised whether a considerable proportion of available health care resources should be allocated to the treatment of barely viable preterm infants with a very unfavourable prognosis, if at the same time resources are lacking in other areas of the health care system."[63] Für den Fall, dass die Rationierung potentiell nützlicher Therapien notwendig werde, sollte auf Therapien verzichtet werden, die lediglich marginal effektiv, begrenzt nützlich und nur bedingt kosteneffektiv seien, dagegen sollten nicht bestimmte Patientengruppen ausgeschlossen werden, so die Ausführungen weiter; schließlich sollten solche Entscheidungen nicht im Einzelfall, sondern ausschließlich auf politischer Ebene getroffen werden.[64]

Vor wiederum andere Herausforderungen stellen Sterbeverläufe, die mit dem Begriff der „Frailty" umschrieben werden. Sterbeprozesse infolge zunehmender Gebrechlichkeit prägen das Lebensende von Patienten in Pflegeheimen und bei Menschen mit dementiellen Erkrankungen.[65] In diesem Bereich besteht je nach Kontext und Region bereits ein Angebot von Pflege und Begleitung von Patienten im Sinne der Palliative Care; zudem ist eine Verlegung aus einem Pflegeheim in ein Hospiz kaum sinnvoll, insofern Pflegeheime strukturell und von ihrem Selbstverständnis her häufig bereits selbst Orte sind, die auf die Begleitung in der letzten Lebensphase ausgerichtet sind.[66] Hinsichtlich des Zugangs zu Ressourcen am Lebensende bleiben nicht nur kulturelle, soziale und regionale Unterschiede näher zu erkunden, sondern insbesondere auch die Schnittstellen zu anderen Institutionen

[63] Berger et al. 2011.

[64] Vgl. ebd.

[65] Vgl. Sade 2012 bzw. das gesamte Themenheft 1/2012 des „Journal of Law, Medicine & Ethics" zum Thema „The Graying of America: Challenges and Controversies".

[66] Gastmans 2013 geht auf die spezifisch niederländische und belgische Herausforderung ein, dass Patienten mit demenziellen Störungen in einer Patientenverfügung für eine bestimmte Phase der Erkrankung von ihrem Arzt eine Lebensbeendigung erbitten können, kritisiert eine Überbetonung von individueller Autonomie und eine Unterschätzung der Anerkennung von Würde, des Dialogs und des verstehenden Eingehens auf die Patienten mit dementiellen Erkrankungen.

der Gesundheitsversorgung, beispielsweise die Frage, inwieweit Bewohnerinnen und Bewohner aus Pflegeheimen zum Sterben in Akutkliniken verlegt werden und dort möglicherweise lebenserhaltende Maßnahmen bekommen, die in keinem vertretbaren Verhältnis zur persönlichen Situation der Betroffenen stehen. Andererseits muss natürlich gewährleistet werden können, dass eine angemessene Lebensende-Versorgung in Pflegeheimen zur Verfügung steht.

V. Fazit

Die Frage nach einem gerechten und menschlichen Umgang mit den medizinischen Errungenschaften bei Menschen am Lebensende lässt sich nicht einfach beantworten. Mit neu zur Verfügung stehenden Mitteln ist offensichtlich auch eine neuartige Verantwortung verbunden. Die Medizintechnologie kann – abgesehen von den oftmals hohen Kosten, die mit ihr verbunden sind – auch dazu missbraucht werden, schwierigen Entscheidungen aus dem Weg zu gehen. Negative Folgen einer Tabuisierung der angesprochenen Frage können neben der Akzeptanz von Überbehandlungen Sterbender auch der ungerechte Einsatz knapper Ressourcen oder die Verstärkung der impliziten Leistungsbeschränkungen am Krankenbett sein.

Die angestellten Beobachtungen machen vor allem auf Differenzen aufmerksam: Menschen sterben verschieden, die Hoffnung selbst in ausweglosen Situationen ist offensichtlich zentral, kann sich jedoch auf sehr unterschiedliche Erwartungen beziehen, wirtschaftliche, soziale, kulturelle und religiöse Differenzen prägen reale Lebensende-Entscheidungen sowie Ideale von einem guten Sterben und einer gerechten Ausgestaltung des Zugangs zu den Mitteln der Gesundheitsversorgung. Ethische Begründungs- und Anwendungsdiskurse sind entsprechend differenziert zu führen, ohne dabei das Ziel konkreter Handlungsorientierung aus den Augen zu verlieren. Die konstruktiven Vorschläge, die referiert wurden, reichen von der Verstärkung existenziell-philosophischer Themen über die Forderung demokratischer Deliberationsprozesse, die stärkere Gewichtung der Autonomie beispielsweise durch das „Advanced Care Planning“ bis zum Empowerment der Patientinnen und Patienten. Einen Königsweg gibt es offenbar nicht, zumal die fachethischen wie auch die öffentlichen Debatten über einen vernünftigen Mitteleinsatz am Lebensende erst am Anfang stehen.

Eine wesentliche Herausforderung in der klinischen Praxis besteht offensichtlich hinsichtlich der Transparenz von Leistungsbeschränkungen: Wie offen kann und soll am Krankenbett darüber gesprochen werden, ohne dass der Eindruck entsteht, ein Patient werde von seinem Arzt im Stich gelassen? Darüber nachzudenken dürfte in Zukunft auch zu den vordringlichen Aufgaben von Behandlungsteams und auch klinischer Ethikkomitees gehören.[67] Geeignete pragmatische Ansätze für die

[67] Vgl. Hurst & Danis 2007.

öffentliche und politische Diskussionen bietet L. M. Fleck in seiner Monographie „Just Caring“[68], indem er zunächst eindeutige Situationen beschreibt, in welchen ganz sicher nicht mehr, und solche, in welchen ganz sicher behandelt werden sollte, um anschließend die dazwischen liegenden Grauzonen möglichst präzise zur Diskussion stellen zu können. Vertiefte Auseinandersetzungen stehen noch bevor. Eine unentbehrliche Grundlage dafür bilden empirische Studien mit Angaben zur bestehenden Situation. Schließlich bleibt stets in Erinnerung zu rufen, dass regionale oder nationale Verteilungskonflikte in einem von extremer Ungleichheit geprägten globalen Kontext stehen.[69]

Literaturverzeichnis

Artnack, Kathryn E./McGraw, Richard M. & Stanley, Vayden F. (2011). Health Care Accessibility for Chronic Illness Management and End-of-Life Care: A View from Rural America. *Journal of Law, Medicine and Ethics,* 39, 140–155.

Baily, Mary Ann (2011). Futility, Autonomy, and Cost in End-of-Life Care. *Journal of Law, Medicine and Ethics,* 39, 172–182.

Baschung, Pierrette/Stuck, Andreas E. & Busato, André (2008). Die Verfügbarkeit ambulanter ärztlicher Behandlungen und deren Inanspruchnahme durch über 65jährige in der Schweiz. *Schweizerische Ärztezeitung*, 89, 1–8.

Berger, Thomas M./Bernet, Vera/El Alama, Susanna et al. (2011). Perinatal care at the limit of viability between 22 and 26 completed weeks of gestation in Switzerland. 2011 revision of the Swiss recommendations. *Swiss Medical Weekly*, 141, w13280.

Blank, Robert H. (2011). End-of-Life Decision Making across Cultures. *Journal of Law, Medicine and Ethics,* 39, 201–214.

Blank, Robert H. & Merrick, Janna C. (Eds.) (2005). *End-of-Life Decision Making. A Cross-National Study*, Cambridge/London: MIT-Press.

Bruera, Eduardo & Yennurajalingam, Sriram (2012). Palliative care in advanced cancer patients: how and when? *Oncologist,* 17, 267–273.

Callahan, Daniel (2011). End-of-Life Care: A Philosophical or Management Problem? *Journal of Law, Medicine and Ethics,* 39, 114–120.

Cassel, Christine K. & Reuben, David B. (2011). Specialization, Subspecialization, and Subsubspecialization in Internal Medicine. *New England Journal of Medicine,* 364, 1169–1173.

[68] Vgl. Fleck 2009.
[69] Vgl. Cohen & Deliens 2012, Teil VI.

Cohen, Joachim & Deliens, Luc (Eds.) (2012). *A Public Health Perspective on End of Life Care*. Oxford/New York: Oxford University Press.

Crippen, Dan & Barnato, Amber E. (2011). The Ethical Implications of Health Spending: Death and Other Expensive Conditions. *Journal of Law, Medicine and Ethics,* 39, 121–129.

Dernier Yvonne/Gastmans Chris & Vandevelde Antoon (Eds.) (2013). *Justice, Luck & Responsibility. Philosophical Background and Ethical Implications for End-of-Life Care*, Springer: Dordrecht/Heidelberg/New York/London.

Donley, Greer & Danis, Marion (2011). Making the Case for Talking to Patients about the Costs of End-of-Life Care. *Journal of Law, Medicine and Ethics,* 39, 183–193.

Duttge, Gunnar (2009). Rationierung im Gesundheitswesen: Auf der Suche nach der Verteilungsgerechtigkeit. In: Ders./Dochow, Carsten/Waschkewitz, Marc-Alexander & Weber, Alexandra Kristina (Hrsg.). *Recht am Krankenbett – Zur Kommerzialisierung des Gesundheitssystems*, Göttingen: Universitätsverlag, 139–173.

Eyssallenne, Antonia P. (2012). How Far Do You Go? Intensive Care in a Resource-Poor Setting. *New England Journal of Medicine,* 367, 8–9.

Felder, Stefan (2008). Im Alter krank und teuer? Gesundheitsausgaben am Lebensende. *G+G Wissenschaft*, 8, 23–30.

Felder, Stefan & Werblow, Andreas (2008). Does the Age Profile of Health Care Expenditure Really Steepen over Time? New Evidence from Swiss Cantons. *The Geneva Papers on Risk and Insurance Issues and Practice*, 33, 710–727.

Fleck, Leonard M. (2009). *Just Caring. Health Care Rationing and Democratic Deliberation*, Oxford/New York: OUP.

Fleck, Leonard M. (2011). Just Caring: Health Care Rationing, Terminal Illness, and the Medically Least Well Of. *Journal of Law, Medicine and Ethics,* 39, 156–171.

Gastmans, Chris (2013). Dignity-Enhancing Care for Persons with Dementia and its Application to Advanced Euthanasia Directives. In: Dernier Yvonne et al. (Eds.). *Justice, Luck & Responsibility*, 153–174.

Glaubenskongregation (1980). Erklärung zur Euthanasie. Vatikanstadt.

Gunderson, Martin (2013). The Duty to Care: Democratic Equality and Responsibility for End-of-Life Health Care. In: Dernier Yvonne et al. (Eds.). *Justice, Luck & Responsibility*, 133–151.

Hardwig, John (2013). Is There a Duty to Die in Europe? If not Now, When? In: Dernier Yvonne et al. (Eds.). *Justice, Luck & Responsibility*, 113–131.

Harrington, Elizabeth & Smith, Thomas J. (2008). The Role of Chemotherapy at the End of Life: "When Is Enough, Enough?". JAMA, 299, 2667–2678.

Hurst, Samia & Danis, Marion (2007). A Framework for Rationing by Clinical Judgment. *Kennedy Institute of Ethics Journal* 17, 247–266.

Jennings, Bruce & Morrissey Mary Beth (2011). Health care costs in end-of-life and palliative care: the quest for ethical reform. *Journal of Social Work in End-Of-Life & Palliative Care*, 7, 300–317.

Katechismus der Katholischen Kirche (2005). München: Oldenbourg-Verlag.

Kaufman, Sharon R./Mueller, Paul S./Ottenberg, Abigale L. & Koenig, Barbara A. (2011). Ironic technology: Old age and the implantable cardioverter defibrillator in US health care. *Social Science & Medicine,* 72, 6–14.

Klein, Rudolf (2010). Rationing in the fiscal ice age. Guest Editorial. *Health Economics, Policy and Law* 5, 389–396.

Koch, Tom (2011). Care, Compassion, or Cost: Redefining the Basis of Treatment in Ethics and Law. *Journal of Law, Medicine and Ethics,* 39, 130–139.

Koch, Tom (2012). *Thieves of Virtue. When Bioethics Stole Medicine*, Cambridge/London: MIT Press.

Lee, Emily Oshima & Emanuel Ezekiel J. (2013). Shared Decision Making to Improve Care and Reduce Costs. *New England Journal of Medicine,* 368, 6–8.

Lunney June R./Lynn, Joanne & Foley, Daniel J. et al. (2003). Patterns of Functional Decline at the End of Life. *JAMA,* 289, 2387–2392.

Maio, Giovanni (2012). *Mittelpunkt Mensch: Ethik in der Medizin. Ein Lehrbuch*. Stuttgart: Schattauer.

Maio, Giovanni (Hrsg.) (2011). *Abschaffung des Schicksals? Menschsein zwischen Gegebenheit des Lebens und medizinisch-technischer Gestaltbarkeit*, Freiburg i.Br.: Herder.

Marckmann, Georg (2006). Therapieverzicht am Lebensende aus Kostengründen? Eine ethische Analyse. *Online Texte der Evangelischen Akademie Bad Boll.*

Marckmann, Georg/Sanktjohanser, Anna Mara & in der Schmitten, Jürgen (2012). Sterben im Spannungsfeld zwischen Ethik und Ökonomie. In: Bormann, Franz-Josef & Borasio, Gian Domenico (Hrsg.). *Sterben. Dimensionen eines anthropologischen Grundphänomens*. Berlin/Boston: de Gruyter, 351–367.

Menzel, Paul T. (2011). The Value of Life at the End of Life: A Critical Assessment of Hope and Other Factors. *Journal of Law, Medicine and Ethics,* 39, 215–223.

Niewald, Amber/Broxterman, Jane/Rosell, Tarris & Rigler, Sally (2013). Documented Consent Process for Implantable Cardioverter-Defibrillators and Implications for End-of-life Care in Older Adults. *Journal of Medical Ethics* 39, 94–97.

Perry, Joshua E. & Stone, Robert C. (2011). In the Business of Dying: Questioning the Commercialization of Hospice. *Journal of Law, Medicine and Ethics,* 39, 224-234.

Philipson, Thomas J./Becker, Gary/Goldman, Dana & Murphy, Kevin M. (2010). Terminal Care and The Value of Life Near Its End. *NBER Working Paper Series*. Massachusetts.

Pope, Thaddeus M./Arnold, Robert M. & Barnato, Amber E. (2011). Caring for the Seriously Ill: Cost and Public Policy. *Journal of Law, Medicine and Ethics,* 39, 111–113.

Raiten, Jesse M. & Neuman, Mark D. (2012). „If I Had Only Known" — On Choice and Uncertainty in the ICU. *New England Journal of Medicine,* 367, 1779–1781.

Ried, Walter (2012). Ökonomische Aspekte der Palliativversorgung, in: Anderheiden, Michael & Eckart Wolfgang U. (Hrsg.). *Handbuch Sterben und Menschenwürde*. Berlin: de Gruyter, 103–116.

Rubin, Susan B. (2007). If We Think It's Futile, Can't We Just Say No? *HEC Forum,* 19, 45–65.

Sade, Robert M. (2012). The Graying of America: Challenges and Controversies. *Journal of Law, Medicine and Ethics,* 40, 6–9.

Schnabl, Christa (2005). *Gerecht sorgen. Grundlagen für eine sozialethischen Theorie der Fürsorge*. Freiburg i.Ue./Freiburg i.Br.: Academic Press Freiburg i.Ue./Herder.

Schramm, Michael (2004). „Alles hat seinen Preis". Gerechtigkeit im Gesundheitswesen. *Hohenheimer Working-Papers zur Wirtschafts- und Unternehmensethik 3*, Stuttgart-Hohenheim.

Sligl, Wendy I./Eurich, Dean T./Marrie, Thomas J. & Majumdar Sumit R. (2010). Age still matters: Prognosticating short- and long-term mortality for critically ill patients with pneumonia. *Critical Care Medicine,* 38, 2126–2132.

Smith, Thomas J. & Longo, Dan L. (2012). Talking with Patients about dying. *New England Journal of Medicine,* 367, 1651–1652.

Temel, Jennifer/Greer, Joseph A./Muzikansky, Alona et al. (2010). Early Palliative Care for Patients with Metastatic Non–Small-Cell Lung Cancer. *New England Journal of Medicine,* 363, 733–742.

Ubel, Peter A. & Goold, Susan D. (1998). 'Rationing' Health Care: Not all definitions are created equal. *Archives of Internal Medicine,* 158, 209–214.

Weeks, Jane C./Catalano, Paul J. & Cronin, Angel et al. (2012). Patients' Expectations about Effects of Chemotherapy for Advanced Cancer. *New England Journal of Medicine,* 367, 1616–1625.

Young, Michael J./Brown, Sydney E. S. & Truog, Robert D. et al. (2012). Rationing in the intensive care unit: To disclose or disguise? *Critical Care Medicine,* 40, 261–266.

Zhang, Baohui/Nilsson, Matthew E. & Prigerson, Holly G. (2012). Factors Important to Patients' Quality of Life at the End of Life. *Archives of Internal Medicine*, 172, 1133–1142.

Zimmermann-Acklin, Markus (2011). Die Rationierungsdiskussion in der Schweiz. Beobachtungen aus ethischer Perspektive. In: Wild, Verina/Pfister Eliane & Biller-Andorno, Nikola (Hrsg.). *DRG und Ethik. Ethische Auswirkungen von ökonomischen Steuerungselementen im Gesundheitswesen.* Basel: EMH.

Zimmermann-Acklin, Markus (2012a). Grenzen setzen? Altersrationierung und Gerechtigkeit im Gesundheitswesen, in: Schicktanz, Silke & Schweda, Mark (Hrsg.). *Pro-Age oder Anti-Aging? Altern im Fokus der modernen Medizin*, Frankfurt a.M.: Campus, 215–230.

Zimmermann-Acklin, Markus (2012b). Deontologische und teleologische Begründungsfiguren am Beispiel von Nutzenbewertungen von Gesundheitsleistungen. In: Holderegger, Adrian/Wolbert, Werner (Hrsg.). Deontologie – Teleologie. Normtheoretische Grundlagen in der Diskussion. Freiburg i.Ue./Freiburg i.Br.: Academic Press Fribourg/Herder, 269–287.

Autorenverzeichnis

Marlies Ahlert, Professor Dr. math. Dr. rer.pol., Juristische und Wirtschaftswissenschaftliche Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg (Lehrstuhl für Volkswirtschaftslehre, insbesondere Mikroökonomie und Finanzwissenschaft), Mitglied der DFG-Forschergruppe zur Priorisierung in der Medizin. Forschungsschwerpunkte: Social Choice Theorie, experimentelle Ökonomik, Gesundheitsökonomik.

Bernd Alt-Epping, Priv.-Doz. Dr. med., Ltd. Oberarzt der Klinik für Palliativmedizin der Universitätsmedizin Göttingen. Facharzt für Innere Medizin, Hämatologie / Onkologie. Zusatzbezeichnung: Notfallmedizin, Palliativmedizin. Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: klinische stationäre und häusliche Palliativmedizin, klinische Studien und Versorgungsforschung, DRG-Kodierung, klinische Ethikberatung, Konzeption studentischer Lehre im Querschnittsfach Palliativmedizin.

Laura Birg, Dr. sc. pol., Wirtschaftswissenschaftliche Fakultät an der Georg-August-Universität Göttingen (Centrum für Europa-, Governance- und Entwicklungsforschung). Forschungsschwerpunkte: Gesundheitsökonomik, Industrieökonomik, Internationaler Handel, Institutionenökonomik.

Gunnar Duttge, Professor Dr. iur., Juristische Fakultät der Georg-August-Universität Göttingen (Institut für Kriminalwissenschaften, Abteilung für strafrechtliches Medizin- und Biorecht), Gründungs- und z.Z. stellvertretender Direktor des Göttinger Zentrums für Medizinrecht. Forschungsschwerpunkte: Rechtliche und rechtsphilosophische Herausforderungen der modernen Medizin und Biotechnologie.

Björn A. Kuchinke, Priv.-Doz. Dr. rer. pol. habil. Dipl.-Vw., Fakultät Medien an der Bauhaus-Universität Weimar (Professur Medienökonomie). Forschungsschwerpunkte: Gesundheitsökonomik, Medienökonomie, Industrieökonomik, Wettbewerbspolitik, Institutionenökonomik.

Giovanni Maio, Prof. Dr. med., M.A. phil., Lehrstuhl für Medizinethik, Direktor des Instituts für Ethik und Geschichte der Medizin und Direktoriumsmitglied des Interdisziplinären Ethikzentrums Freiburg. Forschungsschwerpunkte: Die inneren Verbindungen von Medizin, Philosophie und Theologie.

Mark Schweda, Dr. phil., Universitätsmedizin Göttingen (Abteilung Ethik und Geschichte der Medizin), wissenschaftlicher Mitarbeiter. Forschungsschwerpunkt: Philosophische, medizinethische und sozio-kulturelle Aspekte des Alterns.

Alfred Simon, Priv.-Doz. Dr. phil., Geschäftsführer der Akademie für Ethik in der Medizin, Göttingen, Vorsitzender des Klinischen Ethikkomitees der Universitätsmedizin Göttingen, Mitglied im Ausschuss für ethische und medizinisch-juristische Grundsatzfragen der Bundesärztekammer. Forschungsschwerpunkte: klinische Ethik und Ethikberatung.

Detlev Sternberg-Lieben, Professor Dr. iur., Juristische Fakultät der Technischen Universität Dresden (Forschungsstelle Medizinstrafrecht). Forschungsschwerpunkt: Strafrechtliche Probleme der Humanmedizin sowie allgemeine Dogmatik des Strafrechts.

Reto Stocker, Professor Dr. med., Leiter des Instituts für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Klinik Hirslanden, Zürich, Venia legendi und Lehrauftrag für das Fachgebiet Intensivmedizin an der Universität Zürich, Präsident der Subkommission „Intensivmedizinische Massnahmen“ der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW), Forschungsschwerpunkte in Neurowissenschaften, klinischer Ernährung, Beatmung und Volumenersatz.

Daniel Strech, Professor Dr. med., Dr. phil., Medizinische Hochschule Hannover (Institut für Geschichte, Ethik und Philosophie der Medizin), Gründungs- und Co-Direktor des Centre for Ethics and Law in the Life Sciences (CELLS, Hannover). Forschungsschwerpunkte: Forschungsethik, Public Health Ethik, Health Policy Analysis.

Peter Udsching, Dr. iur., Vorsitzender Richter am Bundessozialgericht, Honorarprofessor der Rechtswissenschaftlichen Fakultät der Universität Osnabrück. Mitglied der Medizinrechtslehrervereinigung. Publizistische Schwerpunkte: Pflege- und Krankenversicherungsrecht.

Christoph H. R. Wiese, Priv.-Doz. Dr. med., Medizinische Fakultät der Universität Regensburg (Klinik für Anästhesiologie), Oberarzt der Klinik für Anästhesiologie und Leiter der Schmerzmedizin am Universitätsklinikum Regensburg. Forschungsschwerpunkte: Palliative Notfallsituationen, Patientenautonomie am Lebensende, Herausforderungen für Patientenverfügungen und Notfallbögen in der präklinischen Notfallmedizin.

Markus Zimmermann-Acklin, Lehr- und Forschungsrat, Priv.-Doz. Dr. theol., Theologische Fakultät der Universität Fribourg, Schweiz (Departement für Moraltheologie und Ethik), Vizepräsident der Zentralen Ethikkommission der SAMW, Präsident der Leitungsgruppe des Nationalen Forschungsprogramms „Lebensende“ (NFP 67). Forschungsschwerpunkte: Grundfragen der Sozialethik, Bioethik, Entscheidungen am Lebensende und Verteilungsgerechtigkeit im Gesundheitswesen.

Viele Menschen sterben heute im hohen Alter nach längerer chronischer Erkrankung. Aufgrund des medizinischen Fortschritts ist es möglich, menschliches Leben selbst unter sehr prekären Bedingungen zu erhalten; schwierige Entscheidungen über den weiteren Therapieverlauf sind unausweichlich. Angesichts der Endlichkeit der zur Verfügung stehenden Ressourcen werden mit Entscheidungen zur Therapieverlängerung zugleich heikle Fragen der Verteilungsgerechtigkeit aufgeworfen. Die Versorgung in der letzten Lebensphase ist besonders kostenintensiv. Wenn sehr teure Behandlungen zur Verfügung stehen, kommt es zu Konkurrenzsituationen, die eine Begrenzung („Rationierung") notwendig macht. Welche Kriterien dürfen dabei aus medizinischer, rechtlicher, ökonomischer und ethischer Sicht herangezogen werden, welche sind möglicherweise problematisch? Was heißt es, angesichts von Knappheit eine gerechte und sorgende Gesellschaft zu sein (Leonard M. Fleck)?



ISBN: 978-3-86395-116-0
ISSN: 1864-2144

Universitätsverlag Göttingen